

平成18年度  
独立行政法人福祉医療機構  
(長寿社会福祉基金)  
助成による研究報告書

# 医療・介護の連携に関する研究事業 報告書

平成19年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構



## 発刊にあたって

医療経済研究機構では、独立行政法人福祉医療機構（長寿社会福祉基金）による助成を受け、医療・介護の連携に関する調査研究を行った。

介護保険制度では、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」という基本理念の下、要介護高齢者の在宅生活の継続が目的の1つに掲げられている。平成18年4月から行われている介護保険制度改革においては、要介護高齢者の在宅生活を継続させるため、「居住系サービスの充実」とともに、「医療と介護の連携の強化」が改革の柱とされた。更に、平成17年10月19日に示された「医療構造改革試案」でも、「高齢者の生活機能の重視」、「患者本位の医療提供体制の実現」のため、地域の医療機能の分化・連携のみならず、在宅療養を支える基盤である介護との連携強化が重要ポイントとして位置づけられた。

こうした状況を踏まえ、本調査研究は医療と介護の連携に焦点を当て、連携を成り立たせるために必要な条件及び連携によって得られる効果の分析方法について調査した。本調査は要介護高齢者の在宅療養・在宅介護を支える制度・施策を検討する際の参考資料となるものである。

調査研究の実施においては、日本福祉大学大学院二木立教授を委員長とした委員会を組織し、研究内容についてご議論・ご教示をいただいた。

最後に、本調査研究にご協力いただいた医療・介護関連機関の皆様、適切なアドバイスをいただいた委員の皆様に厚く御礼を申し上げます次第である。

平成19年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構  
専務理事 岡部陽二

# 調査研究体制

## 【研究委員会】

委員長（又は座長）

二木 立 日本福祉大学大学院 大学院委員長

委員

近藤 克則 日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授

平野 隆之 日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授

（50音順、敬称略）

## 【調査研究担当】

医療経済研究機構

本田 達郎 研究主幹

福田 敬 研究部長

○沢村 香苗 研究員

## 【業務一部委託先】

（株）明治安田生活福祉研究所

松原 由美 主任研究員

樫部 正嗣 研究員

高橋 勇樹 研究員

## 医療・介護の連携に関する調査研究 【研究要旨】

### I 目的

わが国では高齢化が進む中、医療・介護の連携の必要性は高まる一方である。しかしながら、一部の例外的先進事例を除き、これら連携は遅々として進んでいないのが現状といえよう。

一方、医療・介護の連携に関する既存研究の多くにおいては、そもそも連携の定義も定かではない。

そこで本調査研究事業では、医療・介護の連携の定義を明らかにし、かつ連携を成り立たせるための取組みの要件は何かを検討した。次に医療・介護の連携の効果に関する研究の在り方について理論研究を行った。またヒアリング調査により、医療・介護の連携の具体的取組みについて参考事例を示した。これらを通し、医療・介護の連携に関する議論の一助とすることが、本調査研究の目的である。

### II 方法

調査研究は、文献調査、理論研究、ヒアリング、および委員会での検討を通じ、以下を実施した。

- 1) 本調査研究における連携の定義、連携を成り立たせるための取組みの要件を示した。
- 2) 連携の効果に関する分析を行うにあたって、どのような研究フレームワークが適しているのか、それを実行するためにどのようなデータが必要であるかを検討し、連携の効果分析に関する研究フレームワークのアウトラインを作成した。
- 3) 連携に積極的に取り組んでいるとされるサービス提供者に対して、2) で作成した調査研究フレームワークのアウトラインに沿って、ヒアリングを実施し、連携を成り立たせるための取組みに関する事例を紹介した。ヒアリングは平成 18 年 9 月から平成 19 年 3 月にかけて、医療法人恵仁会グループ、社会福祉法人長岡福祉協会グループの 2 つの保健・医療・福祉の複合体<sup>1</sup>に対して行った。

### III 結果

医療・介護の連携の必要性がうたわれて久しいが、その定義については明確に示されているとはいえない。そこで、「病院管理」、「老年社会科学」等の学術雑誌や、「病院」、「社会保険旬報」、その他医療と介護に関する文献（平成 11 年～平成 18 年）の文献調査を行った。

---

<sup>1</sup>母体法人（個人病院・診療所も含む。以下同じ）が単独、または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設しているもの（二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998 年より引用）

その中で唯一定義が示されていたのが、厚生労働省『平成 12 年度医療施設経営安定化推進事業 介護・福祉事業実態調査報告書 (2001 年)』であった。そこでは、連携を「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されるようにする行為」と定義していた。

また、連携の要件<sup>2</sup>として以下の 5 点が示されていた。

- ① 連携に関する経営トップの認識 (経営理念・戦略)
- ② 患者・利用者情報の管理・共有
- ③ 患者・利用者の流れの管理
- ④ 組織間の調整
- ⑤ 役職員間の文化・理念の共有、教育

しかし、「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されるようにする行為」という定義は、連携の定義というよりも、連携を成り立たせるための取組みの定義と考えられる。そこで本調査研究ではこれを参考に、連携を「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されていること」と定義した<sup>3</sup>。

そのため先の連携の要件は、連携を成り立たせるための取組みの要件とした。

医療・介護の連携の効果を探るためには、連携の効果がどこに生じるのかを明らかにする必要がある。本調査研究では、連携の効果を探る際の分析単位を以下の 3 つに分類した。

- (i) 「患者・利用者及びその家族」
- (ii) 「サービス提供者」
- (iii) 「自治体」

次に、医療・介護の連携の効果を分析するために以下の 4 群の変数を挙げた。

- (イ) インプット (連携を成り立たせるための取組みを示す変数)
- (ロ) アウトプット (連携の程度 (達成状況) を示す変数)
- (ハ) アウトカム (連携により生じると考えられる効果を示す変数)
- (ニ) 攪乱要因 (アウトカムに影響を与えるインプット以外の変数)

本調査研究では、連携を成り立たせるための取組みが 1 つではないことから、インプット (連携を成り立たせるための取組みを示す変数) を複数挙げた。データを収集し、解析することによって、様々なインプットがアウトプット (連携の程度を示す変数) に及ぼしている影響の大小を評価できるようになると考えられる。インプットは先述の 5 つの連携を成り立たせるための取組みの要件に沿って示した。

次に、インプットを投じた結果、得られると想定されるアウトプットを示し、更に連携により生じると考えられる効果としてのアウトカムを挙げた。

<sup>2</sup> ここでいう要件とは、医療・介護の連携を成り立たせるために必要な事項 (条件) と定める。

<sup>3</sup> 連携の定義は多義的であるが、ここでは機能的定義を用いることとした。

アウトカムは連携により生じる効果の候補である。連携の効果は様々な形で、様々なところに表れると想定されるため、「多面的」な検討が必要となる。そこで、本調査研究においては、アウトカムとなる変数を複数挙げることにした。

#### IV 考察

本調査研究では、医療・介護の連携の定義や連携を成り立たせるための取組み、そして連携の効果に関する調査研究のフレームワークを示したが、以下では、医療・介護の連携の効果を分析する上での今後の課題を述べる。

医療・介護の連携の効果を探るためには、本調査研究で示した各変数を測定する必要がある。さらに変数の測定は、例えばある地域における全医療機関や全介護事業者というように、統計的な分析を行うために必要な数の対象について行うことが求められる。これら数々のデータを得てはじめて効果に関する分析が可能となる。ここで分析とは、攪乱要因の影響を取り除き、更にインプット相互の影響を取り除きながら各インプットがアウトプットに及ぼしている影響、そしてアウトプットがアウトカムに及ぼしている影響を明らかにすることである。但し、それには以下の課題がある。

一番大きな問題は調査実施体制の構築の困難性である。多くのサービス提供者及び患者・利用者およびその家族の協力が不可欠であり、これらの対象者へ事前に趣旨を説明し理解を得なければならない。

仮に協力体制が構築されたとして、次にそれぞれの変数を測定しなければならないが、測定すべき変数が非常に多いため、それらの変数を全て測定するには大規模な調査体制が求められる。

必要な情報を得るためには、患者・利用者及びその家族はもちろん、医療機関や介護事業者、自治体からの協力が必要不可欠である。例えば、「患者・利用者及びその家族」を分析の単位として分析する際には、複数のデータソースから得た情報を介護保険番号や住民基本台帳の番号などにより接合して分析使用することが必要になるかもしれない。当然、行政、住民、事業者の調査研究への協力が求められる。

また、医療と介護の連携による効果の分析では、連携の費用対効果の分析も重要であるが、それを行うには医療保険と介護保険のデータを突き合わせる必要がある。しかしそのようなデータの利用には様々な制約があり、現状ではすぐに可能ではない。実証的研究のためには、個人情報保護の上で、このようなデータをマッチングさせ利用できるような環境整備が必要である。せめて市町村レベルで医療と介護のデータをマッチングさせる試みが要る。

このように、現実に医療・介護の連携の効果を調査研究するとなると課題が多い。

本調査研究では、医療・介護の連携を成り立たせるための取組みの要件は示したが、連携の要件を示すには至らなかった。連携の要件を示すには、今後、インプット・アウトプット・アウトカムについての実証的・経験的な分析結果に依拠した検討が必要である。

個々の事例を深く詳細に記述、分析しようとするれば、少数事例になる。他方、大量観察

しよとすれば、個々の事例の詳細を把握することは難しい。また大規模調査を実施するには困難が伴う。今回は文献学的研究を行った上で、事例に基づいて指標を検討したが、今後は幅広く量的調査を行うために何がコアになる変数なのか、更なる検討が求められる。



# 目 次

発刊にあたって.....	i
調査研究体制.....	ii
研究要旨.....	iii
目次.....	vii

## 第 1 部 調査研究の概要

1. 調査研究の目的.....	1
2. 事業実施体制・調査研究方法.....	1
(1) 事業実施体制.....	1
(2) 事業実施経過.....	2
(3) 調査研究方法.....	2

## 第 2 部 調査研究結果

第 1 章 医療・介護の連携の効果に関する理論研究.....	5
1. 医療・介護の連携の定義、連携を成り立たせるための取組みの要件.....	5
2. 医療・介護の連携の効果に関する調査研究のフレームワーク.....	7
3. 変数について.....	8
4. 連携の効果を分析する上での今後の課題.....	27
第 2 章 事例.....	29
1. 特別医療法人恵仁会（長野県佐久市）.....	29
(1) 法人グループ概要.....	29
(2) 地域特性.....	30
(3) 恵仁会グループの歴史と地域における位置付け.....	32

(4) 医療・介護の連携.....	35
参考文献.....	52

## 第1部 調査研究の概要

### 1. 調査研究の目的

わが国では高齢化が進む中、医療・介護の連携の必要性は高まる一方である。しかしながら、一部の例外的先進事例を除き、これら連携は遅々として進んでいないのが現状といえよう。

一方、医療・介護の連携に関する既存研究の多くにおいては、そもそも連携の定義も定かではない。

そこで本調査研究事業では、医療・介護の連携の定義を明らかにし、かつ連携を成り立たせるための取組みの要件は何かを検討した。次に医療・介護の連携の効果に関する研究の在り方について理論研究を行った。またヒアリング調査により、医療・介護の連携の具体的取組みについて参考事例を示した。これらを通し、医療・介護の連携に関する議論の一助とすることが、本調査研究の目的である。

### 2. 事業実施体制・調査研究方法

#### (1) 事業実施体制

本調査研究の実施にあたり、以下の構成による研究委員会を設置し、本調査研究に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

(委員は50音順・敬称略)

#### 研究委員会

委員長：二木 立（日本福祉大学大学院 大学院委員長）

委員：近藤 克則（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授）

：平野 隆之（日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科 教授）

調査研究担当：本田 達郎（財団法人医療経済研究機構研究主幹）

福田 敬（財団法人医療経済研究機構研究部長）

○沢村 香苗（財団法人医療経済研究機構研究員）

調査協力機関：松原 由美（株式会社明治安田生活福祉研究所主任研究員）

：檜部 正嗣（株式会社明治安田生活福祉研究所研究員）

：高橋 勇樹（株式会社明治安田生活福祉研究所研究員）

## (2) 事業実施経過

### 1) 委員会実施経過

第1回検討：平成18年6月14日

第2回検討：平成18年11月27日

第3回検討：平成19年3月26日

### 2) ヒアリング実施経過

平成18年9月から平成19年3月末にかけて、下記の法人へ訪問したほか、その後も電話、手紙、FAX、e-mailなどでフォローアップを行い、理論研究の検討に役立った。なお参考事例としては、規模が小さいことから連携の全体像を掴みやすい恵仁会を取上げ、理事長、幹部職員、医療・介護の現場スタッフへヒアリングを実施したほか、地域ケア全体の様子を知るため、佐久総合病院の地域医療担当医長、地域連携室課の看護師長へもヒアリングを行った。

法人(病院・施設)名	所在地	ヒアリング対象者
特別医療法人 恵仁会 くろさわ病院 宅幼老所 有限会社 けいじん ケア付住宅	長野県佐久市	理事長、幹部職員、現場スタッフ
社会福祉法人 長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園 サテライト特養	新潟県長岡市	総合施設長、現場スタッフ

## (3) 調査研究方法

調査研究は、文献調査、理論研究、ヒアリング、および上記委員会での検討を通じ、以下を実施した。

- 1) 本調査研究における連携の定義、連携を成り立たせるための取組みの要件を示した。
- 2) 連携の効果に関する分析を行うにあたって、どのような研究フレームワークが適しているのか、それを実行するためにどのようなデータが必要であるかを検討し、連携の効果分析に関する研究フレームワークのアウトラインを作成した。
- 3) 連携に積極的に取り組んでいるとされるサービス提供者に対して、2)で作成した調査研究フレームワークのアウトラインに沿って、ヒアリングを実施し、連携を成り立たせるための取組みに関する事例を紹介した。

ヒアリングは平成18年9月から平成19年3月にかけて、医療法人恵仁会グループ、社会福祉法人長岡福祉協会グループの2つの保健・医療・福祉の複合体<sup>1</sup>に対して行

<sup>1</sup>母体法人（個人病院・診療所も含む。以下同じ）が単独、または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設しているもの（二木

った。



## 第2部 調査研究結果

### 第1章 医療・介護の連携の効果に関する理論研究

#### 1. 医療・介護の連携の定義、連携を成り立たせるための取組みの要件

医療・介護の連携の必要性がうたわれて久しいが、その定義については明確に示されているとはいえない。そこで、「病院管理」、「老年社会科学」等の学術雑誌や、「病院」、「社会保険旬報」、その他医療と介護に関する文献（平成11年～平成18年）の文献調査を行った。

その中で唯一定義が示されていたのが、厚生労働省『平成12年度医療施設経営安定化推進事業 介護・福祉事業実態調査報告書（2001年）』である。ここでは、連携を「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されるようにする行為」と定義していた。

また前述の報告書では、連携の要件<sup>2</sup>として以下の5点が示されていた。

- ① 連携に関する経営トップの認識（経営理念・戦略）
- ② 患者・利用者情報の管理・共有
- ③ 患者・利用者の流れの管理
- ④ 組織間の調整
- ⑤ 役職員間の文化・理念の共有、教育

これら5つの要件の概要は以下の通りである<sup>3</sup>。

#### ①連携に関する経営トップの認識（経営理念・戦略）

連携を組織的に取り組むには、経営トップの連携に対する認識が重要である。一部スタッフのボランタリー的行動では、ケア連携にばらつきが生じるほか、組織の隅々まで浸透するのが難しい。また、ケア連携は多職種間の協力の下で行われるものであるだけに多職種間の協力体制を構築する上で、経営トップの指導力が求められる。

#### ②患者・利用者情報の管理・共有

組織的な連携は、医師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護職員等といった多職種の協力によって実施される。そのため、患者についての情報をこれらの専門家で共有されるための情報の収集・管理体制が必要である。

---

<sup>2</sup> ここでいう要件とは、医療・介護の連携を成り立たせるために必要な事項（条件）と定める。

<sup>3</sup> 松原由美「病院における介護・福祉分野との連携」『病院』Vol.60 No10 2001 を加筆修正

### ③患者・利用者の流れの管理

患者・利用者の流れの管理とは、施設間移動がスムーズに行えるように取り組むことである。上記のように収集・管理された情報を基に合同会議等が開かれ、退院・退所計画が作成される。あわせて、次の施設へ入院・入所または在宅復帰するための準備を行う必要がある。例えば、組織的な連携を図るには、入退院・入退所の（専任）担当者の配置が必要である。

### ④組織間の調整

組織間の調整とは、施設間を移動する患者・利用者の有無に関わらず、組織間の親密な関係を構築するための日常的行為を指す。例えばこれは、現場担当者間における信頼関係構築のほか、理事長や事務長といった経営幹部層間の関係構築によって図られる。施設間の各階層で信頼関係構築を図ることにより、連携がスムーズに推進されるといえる。

### ⑤役職員間の文化・理念の共有、教育

連携は、医療・介護・福祉間の多岐にわたる専門家集団の共同作業によって行われる。このような専門も意識も異なる多職種間で協力体制を作るには、トップのリーダーシップの下に、専門職間の文化・理念の共有や教育の充実を図ることが求められる。

しかし、既述の「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されるようにする行為」という定義は、連携の定義というよりも、連携を成り立たせるための取組みの定義と考えられる。そこで本調査研究ではこれを参考に、連携を「適切なケアが適切な場所で適切な時に、継続的に提供されていること」と定義した<sup>4</sup>。

そのため先の連携の要件は、連携を成り立たせるための取組みの要件とした。

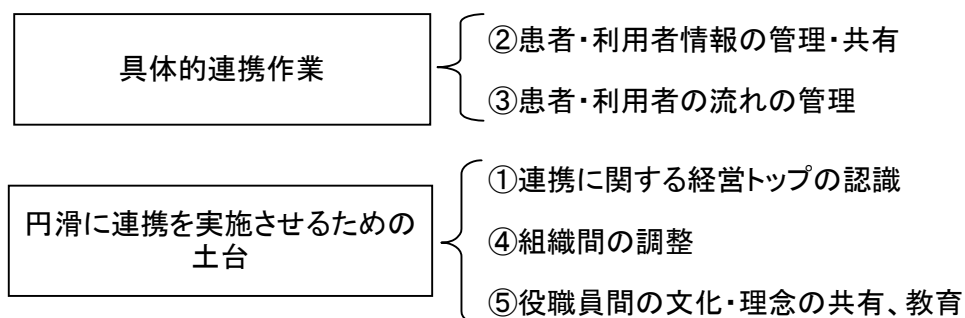
なお、連携を成り立たせるための取組みの要件である先の①～⑤の関係は次のようにまとめられよう（図 1-1）。すなわち、②患者・利用者情報の管理・共有、③患者・利用者の流れの管理は、具体的な連携作業であり、①連携に関する経営トップの認識、④組織間の調整、⑤役職員間の文化・理念の共有、教育は、②患者・利用者情報の管理・共有、③患者・利用者の流れの管理を円滑に実施させるための土台である。

---

<sup>4</sup> 連携の定義は多義的であるが、ここでは機能的定義を用いることとした。



図 1-1 医療・介護連携を成り立たせるための取組みの要件



## 2. 医療・介護の連携の効果に関する調査研究のフレームワーク

医療・介護の連携の効果を探るためには、連携の効果がどこに生じるのかを明らかにする必要がある。本調査研究では、連携の効果を探る際の分析単位を以下の3つに分類した。

- (i) 「患者・利用者及びその家族」
- (ii) 「サービス提供者」
- (iii) 「自治体」

次に、医療・介護の連携の効果を分析するために以下の4群の変数を挙げた。

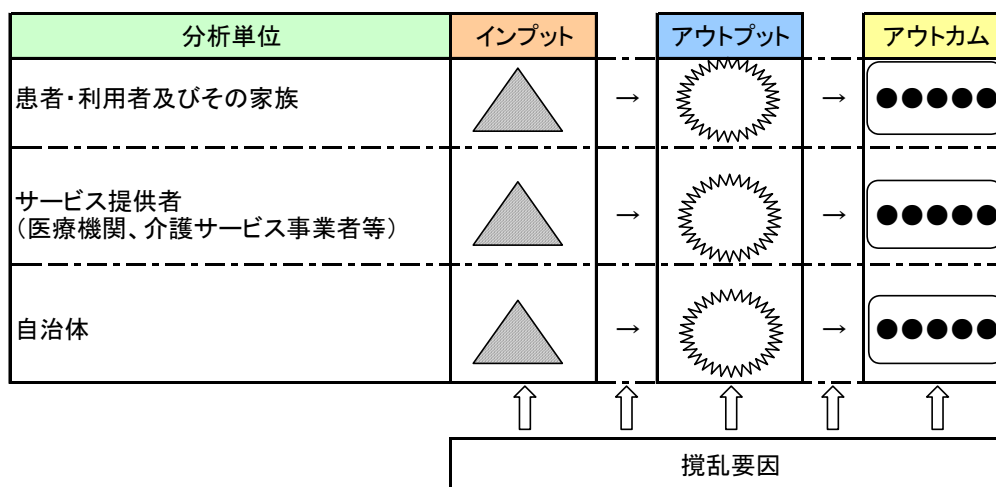
- (イ) インプット（連携を成り立たせるための取組みを示す変数）
- (ロ) アウトプット（連携の程度（達成状況）を示す変数）
- (ハ) アウトカム（連携により生じると考えられる効果を示す変数）
- (ニ) 攪乱要因（アウトカムに影響を与えるインプット以外の変数）

本調査研究では、連携を成り立たせるための取組みが1つではないことから、インプット（連携を成り立たせるための取組みを示す変数）を複数挙げた。データを収集し、解析することによって、様々なインプットがアウトプット（連携の程度を示す変数）に及ぼしている影響の大小を評価できるようになると考えられる。インプットは先述の5つの連携を成り立たせるための取組みの要件に沿って示した。

次に、インプットを投じた結果、得られると想定されるアウトプットを示し、更に連携により生じると考えられる効果としてのアウトカムを挙げた。

アウトカムは連携により生じる効果の候補である。連携の効果は様々な形で、様々なところに表れると想定されるため、「多面的」な検討が必要となる。そこで、本調査研究においては、アウトカムとなる変数を複数挙げることにした。

図 1-2 連携の効果分析のイメージ



これらを踏まえたうえで、インプット、アウトプット、アウトカム、攪乱要因を「患者・利用者及びその家族」、「サービス提供者」、「自治体」という分析の単位毎に示したものが、表 1-1-1 から表 1-4-3 である。

### 3. 変数について

以下では、(イ) インプット、(ロ) アウトプット、(ハ) アウトカム、(ニ) 攪乱要因の各変数について、(i) 患者・利用者及びその家族、(ii) サービス提供者（医療機関、介護事業者等）、(iii) 自治体の分析の単位毎に論述する。

#### イ) インプット（連携を成り立たせるための取組み）

既述の通り、インプットは、以下の 5 つの連携を成り立たせるための取組みの要件に沿って示した。

- ① 連携に関する経営トップの認識（経営理念・戦略）
- ② 患者・利用者情報の管理・共有
- ③ 患者・利用者の流れの管理
- ④ 組織間の調整
- ⑤ 役職員間の文化・理念の共有、教育

なお、例えば連携に関する経営トップの認識がある病院と無い病院にかかった場合では、患者・利用者及びその家族にとって連携の達成度に影響を与える可能性がある。自治体からみても、経営トップの認識が地域における連携の達成度に影響すると推定される。そのため、上記 5 つの要件は分析単位に関らずインプットとして位置づけられるものと考えられる。

## (i) 「患者・利用者及びその家族」

患者・利用者及びその家族を分析単位としたインプットの例は表 1-1-1 に示す通りである。

①連携に関する経営トップの認識（経営理念・戦略）では、連携の必要性に対する認識の有無などを指標とした。データソースは、分析対象となる患者・利用者が利用した医療機関及び介護事業者であり、調査方法はこれらにアンケート調査を行うことなどが考えられる。

②患者・利用者情報の管理・共有では、施設・事業者間及び部門間で組織的に患者・利用者情報（健康状態・病歴・必要なサービス等の情報）を共有する体制にあるか否かや、当該患者・利用者について実際に情報を共有しているか等を挙げた。データソースは、医療機関及び介護事業者である。例えばケアカンファレンスにどのような施設・事業者もしくは部門から、どのような職種が参加しているかを指標とし、それについてケアマネジャーへ調査することなどが想定される。

③患者・利用者の流れの管理については、入院患者が退院前に介護事業者等に関する情報提供を受けたか否か等を指標とした。介護事業者等に関する情報とはケアマネジャーに関する情報、移動先施設の手配または移動先施設に関する情報、介護用品の手配または購入のアドバイス等である。この場合、データソースは患者・利用者及びその家族、もしくは医療機関や介護事業者である。例えば患者・利用者及びその家族に直接確認することで情報提供の有無を判断できる。また、医療機関や介護事業者の患者・利用者データ等の記載内容から状況を把握することもできると考えられる。

④組織間の調整では、連携が必要な時に円滑に他組織と協働できるような信頼関係構築を図るため、例えば日頃から知識の共有を図ることを目指し、異なる法人、事業者同士が同じ勉強会に出席する取組みなどが考えられる。そこで他組織との勉強会の出席の有無やそれに参加する職種などを指標とした。データソースは医療機関や介護事業者である。

⑤役職員間の文化・理念の共有、教育では、部門を超えた勉強会実施の有無などのほか、同一母体内において役職員が文化・理念を共有するため、たとえば夏祭りや忘年会など部門を超えたイベントの開催の有無などを指標とした。データソースは医療機関や介護事業者が想定される。

## (ii) 「サービス提供者」

サービス提供者を分析単位としたインプットの例は表 1-1-2 に示すとおりである。

表中の①から⑤までのインプットを把握するためには、サービス提供者である医療機関や介護事業者をデータソースとする必要がある。また、一部インプット

については、データソースとして患者・利用者及びその家族も想定される。

### (iii) 「自治体」

自治体を分析単位としたインプットの例は表 1-1-3 に示すとおりである。

①当該自治体に立地する医療機関・介護事業者による連携を成り立たせるための取組み（既述の 5 要素）と、②当該自治体自身もしくは関係機関等による連携への支援によって、アウトプット（当該自治体における連携の達成度合い）が変わると考えられるため、インプットにはこれら 2 つを取上げた。

データソースは自治体及び医療機関・介護事業者になると考えられる。

表 1-1-1 「患者・利用者及びその家族」のインプット一覧①

インプット		指標	
		データソース	内容
連携に関する経営トップの認識(経営理念・戦略)	役割(機能分担)に対する認識	医療機関、介護事業者	連携体制における当該機関の役割(機能分担)に対する認識の有無
	連携の必要性に対する認識	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築についての必要性に対する認識の有無 患者・利用者の円滑な医療・介護サービス利用を図る取り組みの有無
	連携の音頭とりをする人の存在	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築の提案者・中心人物の有無
患者・利用者情報の管理・共有	施設間における患者・利用者情報の共有体制	医療機関、介護事業者	施設間における患者・利用者情報の共有体制の有無 ADL 要介護度 家庭環境及び居住環境 注意事項等
			当該患者・利用者について、施設間における患者・利用者情報の共有の有無 当該患者・利用者のADL 当該患者・利用者の要介護度 当該患者・利用者の家庭環境及び居住環境 当該患者・利用者の注意事項等
	医療・介護関係者によるケアプランの共有化	医療機関、介護事業者	医療・介護関係者間でのケアプラン共有の有無 共有している職種
			当該患者・利用者について、医療・介護関係者間でのケアプラン共有の有無 共有している職種
	ケアカンファレンス開催	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	医療・介護関係者や患者・利用者及びその家族が出席するケアカンファレンス開催の有無 出席者(職種)
			当該患者・利用者について、医療・介護関係者や患者・利用者本人及びその家族が出席するケアカンファレンス開催の有無 出席者(職種)
	医師とケアマネ等の情報交換	医療機関、介護事業者	医師とケアマネ等の情報交換の有無
			当該患者・利用者について、医師とケアマネ等の情報交換の有無
	患者・利用者情報の一元管理	医療機関、介護事業者	患者・利用者情報の一元管理の有無
当該患者・利用者について、患者・利用者情報の一元管理の有無			
タイムリーな情報共有	医療機関、介護事業者	情報提供を依頼してから、当該情報を得られるまでの時間 情報提供を依頼されてから、当該情報を送るまでの時間	
個人情報保護の確立	医療機関、介護事業者	個人情報保護体制の有無	
		当該患者・利用者について、個人情報保護体制の有無	
患者・利用者の流れの管理	患者・利用者の流れの管理体制	医療機関、介護事業者	患者・利用者の流れの管理体制の有無
			当該患者・利用者について、患者・利用者の流れの管理の有無
	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置	医療機関、介護事業者	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置の有無
			当該患者・利用者について、入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置の有無
	介護事業者等に関する情報提供	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	退院・退所前に介護事業者等に関する情報提供の有無 ケアマネジャーに関する情報提供の有無 移動先施設の手配又は情報提供の有無 介護用品の手配又は購入先のアドバイスの有無 住宅改造手配の有無
			当該患者・利用者について、退院・退所前に介護事業者等に関する情報提供の有無 当該患者 利用者について、ケアマネジャーに関する情報提供の有無 当該患者 利用者について、移動先施設の手配又は情報提供の有無 当該患者 利用者について、介護用品の手配又は購入先のアドバイスの有無 当該患者 利用者について、住宅改造手配の有無

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

表 1-1-1 「患者・利用者及びその家族」のインプット一覧②

インプット		指標		
		データソース	内容	
患者・利用者の流れの管理	医療機関等に関する情報提供	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	退院・退所前に医療機関等に関する情報提供の有無 ・かかりつけ医(開業医)の紹介の有無 すでにかかりつけ医(開業医)がいる場合には、患者の情報をかかりつけ医(開業医)に連絡の有無 ADL 要介護度 家庭環境及び居住環境 注意事項等 当該患者・利用者について、退院・退所前に医療機関等に関する情報提供の有無 ・当該患者・利用者について、かかりつけ医(開業医)の紹介の有無 すでにかかりつけ医(開業医)がいる場合には、当該患者・利用者の情報をかかりつけ医(開業医)に連絡の有無 当該患者・利用者のADL 当該患者・利用者の要介護度 当該患者・利用者の家庭環境及び居住環境 当該患者・利用者の注意事項等	
	ケアプランの提示	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	退院前にケアプラン提示の有無 時期(退院のどれくらい前か) 当該患者・利用者について、退院前にケアプラン提示の有無 時期(退院のどれくらい前か)	
	移動についての患者・利用者、家族への事前説明	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	移動について(退院日・退所日・移動日等)の患者・利用者・家族への事前説明の有無 当該患者・利用者について、移動について(退院日・退所日・移動日等)の事前説明の有無	
	引受け先施設への説明	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	引受け先施設への説明の有無 当該患者・利用者について、引受け先施設への説明の有無	
	退院・退所前在宅訪問の実施	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	退院・退所前在宅訪問の実施の有無 参加者(職種) 当該患者・利用者について、退院・退所前在宅訪問の実施の有無 参加者(職種)	
	今後の予定(治療方針等)に関する連絡	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	今後の予定(治療方針等)に関する連絡の有無 当該患者・利用者について、今後の予定(治療方針等)に関する連絡の有無	
	家族介護へのアドバイス	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	家族介護へのアドバイスの有無 当該患者・利用者について、家族介護へのアドバイスの有無	
	医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置	医療機関、介護事業者	医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置の有無	
	組織間の調整	他組織との勉強会等への出席	医療機関、介護事業者	他組織との勉強会等への出席の有無 出席者(職種)
		提携関係を結ぶ医療・介護施設の有無	医療機関、介護事業者	提携関係を結ぶ医療・介護施設の有無
連携のルール設定		医療機関、介護事業者	連携のルール設定の有無	
介護事業者からの紹介等		医療機関、介護事業者	介護事業者からの紹介等の有無	
役職員間の文化・理念の共有、教育	所属・部門を越えた勉強会の開催	医療機関、介護事業者	所属・部門を越えた勉強会の開催の有無 出席者(職種)	
	広報誌等の活用による理念の浸透	医療機関、介護事業者	広報誌等の活用による理念の浸透の有無	
	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)	医療機関、介護事業者	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)の有無	
	所属・部門を越えた役職員交流の有無	医療機関、介護事業者	夏祭り等のイベント開催の有無 出席者(職種)	

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

表 1-1-2 「サービス提供者」のインプット一覧

インプット		指標	
		データソース	内容
連携に関する経営トップの認識(経営理念・戦略)	役割(機能分担)に対する認識	医療機関、介護事業者	連携体制における当該機関の役割(機能分担)に対する認識の有無
	連携の必要性に対する認識	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築についての必要性に対する認識の有無 患者・利用者の円滑な医療・介護サービス利用を図る取り組みの有無
	連携の音頭とりをする人の存在	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築の提案者・中心人物の有無
	新機軸サービスの実施	医療機関、介護事業者	新機軸サービスの実施の有無
患者・利用者情報の管理・共有	施設間における患者・利用者情報の共有体制	医療機関、介護事業者	施設間における患者・利用者情報の共有体制の有無 ADL 要介護度 家庭環境及び居住環境 注意事項等
	医療・介護関係者によるケアプランの共有化	医療機関、介護事業者	医療・介護関係者間でのケアプラン共有の有無 共有している職種
	ケアカンファレンス開催	医療機関、介護事業者	医療・介護関係者や患者・利用者及びその家族が出席するケアカンファレンス開催の有無 出席者(職種)
	医師とケアマネジャー等の情報交換	医療機関、介護事業者	医師とケアマネジャー等の情報交換の有無 交換方法(ルール)
	患者・利用者情報の一元管理	医療機関、介護事業者	患者・利用者情報の一元管理の有無
	タイムリーな情報共有	医療機関、介護事業者	情報提供を依頼してから、当該情報を得られるまでの時間 情報提供を依頼されてから、当該情報を送るまでの時間
	個人情報保護の確立	医療機関、介護事業者	個人情報保護体制の有無
患者・利用者の流れの管理	患者・利用者の流れの管理体制	医療機関、介護事業者	患者・利用者の流れの管理体制の有無
	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置	医療機関、介護事業者	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置の有無
	介護事業者等に関する情報提供	医療機関、介護事業者	退院・退所前に介護事業者等に関する情報提供の有無 ケアマネジャーに関する情報提供の有無 移動先施設の手配又は情報提供の有無 介護用品の手配又は購入先のアドバイスの有無 住宅改造手配の有無
	医療機関等に関する情報提供	医療機関、介護事業者	退院・退所前に医療機関等に関する情報提供の有無 ・かかりつけ医(開業医)の紹介の有無 すでにかかりつけ医(開業医)がいる場合には、患者・利用者の情報をかかりつけ医(開業医)に連絡の有無 健康状態 病歴 必要な医療・介護サービス 患者利用者及びその家族に関する情報 注意事項
	ケアプランの提示	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	退院前にケアプラン提示の有無 時期(退院のどれくらい前か)
	移動についての患者・利用者、家族への事前説明	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	移動について(退院日・退所日・移動日等)の患者・利用者・家族への事前説明の有無
	引受け先施設への説明	医療機関、介護事業者	引受け先施設への説明の有無
	退院・退所前在宅訪問の実施	医療機関、介護事業者	退院・退所前在宅訪問の実施の有無 参加者(職種)
	今後の予定(治療方針等)に関する連絡	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	今後の予定(治療方針等)に関する連絡の有無
	家族介護へのアドバイス	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	家族介護へのアドバイスの有無
	医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置	医療機関、介護事業者	医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置の有無
組織間の調整	他組織との勉強会等への出席	医療機関、介護事業者	他組織との勉強会等への出席の有無 出席者(職種)
	提携関係を結ぶ医療・介護施設の有無	医療機関、介護事業者	提携関係を結ぶ医療・介護施設の有無
	連携のルール設定	医療機関、介護事業者	連携のルール設定の有無
	介護事業者からの紹介等	医療機関、介護事業者	介護事業者からの紹介等の有無
役職員間の文化・理念の共有、教育	所属・部門を越えた勉強会の開催	医療機関、介護事業者	所属・部門を越えた勉強会の開催の有無 出席者(職種)
	広報誌等の活用による理念の浸透	医療機関、介護事業者	広報誌等の活用による理念の浸透の有無
	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)	医療機関、介護事業者	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)の有無
	所属・部門を越えた役職員交流の有無	医療機関、介護事業者	夏祭り等のイベント開催の有無 出席者(職種)

表 1-1-3 「自治体」のインプット一覧

インプット		指標	
		データソース	内容
地域における医療機関・介護事業者による連携の取り組み状況	地域における連携の取り組み状況	「サービス提供者」のインプットと同一のデータソース	「サービス提供者」のインプットと同様の指標について、地域における「サービス提供者」の取り組み度合いを測定
	連携に関する経営トップの認識(経営理念・戦略)		
	患者・利用者情報の管理・共有		
	患者・利用者の流れの管理		
	組織間の調整		
	役職員間の文化・理念の共有、教育		
自治体の連携支援に対する取り組み	連携を調整する部局等の設置	医療機関、介護事業者、自治体	連携を調整する部局等の設置の有無
	連携促進支援	医療機関、介護事業者、自治体	連携促進支援の有無
	【患者・利用者及びその家族】・【サービス提供者】共通の支援	医療機関、介護事業者、自治体	【患者・利用者及びその家族】・【サービス提供者】共通の支援の有無
	関係者及び地域住民等へ連携の理解を促進させる取り組み	医療機関、介護事業者、自治体	関係者及び地域住民等へ連携の理解を促進させる取り組みの有無
	住民参加型の勉強会の開催	医療機関、介護事業者、自治体	住民参加型の勉強会の開催の有無 開催頻度 出席者(職種)
	【患者・利用者及びその家族】への支援	医療機関、介護事業者、自治体	【患者・利用者及びその家族】への支援の有無
	患者・利用者及びその家族に対し、サービス利用に役立つ情報提供	医療機関、介護事業者、自治体	患者・利用者及びその家族に対し、サービス利用に役立つ情報提供の有無 提供方法
	ホットライン等の設置	医療機関、介護事業者、自治体	ホットライン等の設置の有無 設置時期 利用者数
	【サービス提供者】への支援	医療機関、介護事業者、自治体	【サービス提供者】への支援の有無
	医療・介護関係者が参加する協議会・勉強会・イベント等の設置・開催	医療機関、介護事業者、自治体	医療・介護関係者が参加する協議会等の設置の有無 開催頻度 出席者(職種)
	必要に応じたインフラ整備の支援	医療機関、介護事業者、自治体	必要に応じたインフラ整備の支援(補助金等)の有無
	勉強会等の会場提供	医療機関、介護事業者、自治体	勉強会等の会場提供の有無
	IT化の促進支援	医療機関、介護事業者、自治体	IT化の促進支援の有無
	連携に関する統一ルールの策定に関する支援	医療機関、介護事業者、自治体	連携に関する統一ルールの策定に関する支援の有無
共通の情報交換フォーマットの作成	医療機関、介護事業者、自治体	共通の情報交換フォーマットの有無 かかりつけ医とケアマネジャーの情報共有方法の統一	

※自治体の連携支援に対する取り組み状況については、医療機関や介護事業者への質問で把握できる場合には、自治体への質問は不要。



## ロ) アウトプット（連携の達成度）

### (i) 「患者・利用者及びその家族」

患者・利用者及びその家族のアウトプットは、当該患者・利用者に対して連携ができていたか否かである。

連携は患者・利用者一人一人によって、程度（達成度）が異なるため、連携の有無ではなく、その程度を段階的に測定し、検討する必要がある（表 1-2-1）。

### (ii) 「サービス提供者（医療機関、介護事業者等）」

サービス提供者（医療機関、介護事業者等）におけるアウトプットは、サービスを提供した患者・利用者に対し、連携ができていたか否かである。これはサービスを提供した患者・利用者のうち、一定水準以上の連携を達成できていた者の割合で測定できると考えられる（表 1-2-2）。

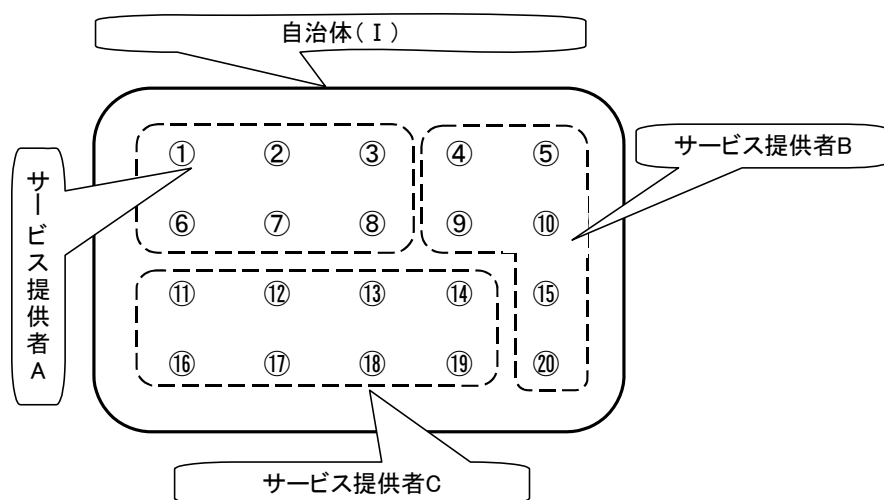
### (iii) 「自治体」

自治体におけるアウトプットでは、地域内に居住する患者・利用者について、連携ができていたか否かを挙げた。これは、地域内に属する患者・利用者のうち、一定水準以上の連携を達成できていた者の割合で把握できると想定される（表 1-2-3）。

図 1-3 では、自治体（I）において A、B、C の病院を利用した患者 20 人について見ている。患者が 20 人であるから、患者・利用者及びその家族のアウトプットは 20 個である。また、これら 20 人の患者は、A、B、C いずれかの病院を利用しているため、サービス提供者のアウトプットは 3 つである。そのうち、サービス提供者 A のアウトプットは、サービス提供者 A を利用した患者 6 人（①、②、③、⑥、⑦、⑧）のうち、一定水準以上の連携を達成できていた者の割合で示される。自治体のアウトプットについても同様に考え、患者 20 人は全員自治体（I）に属しているため、この 20 人分のアウトプットから一定以上の連携を達成できていた者の割合で自治体（I）のアウトプットが 1 つ算出されることとなる。

このように、アウトプットについては、はじめに患者・利用者及びその家族のアウトプットが算出されることが前提となる。

図 1-3 分析の単位毎のアウトプットイメージ



分析単位	単位数	内訳
患者・利用者及びその家族	20(人)	患者・利用者①～⑳
サービス提供者	3(事業者)	サービス提供者Aを利用した患者・利用者(①、②、③、⑥、⑦、⑧) サービス提供者Bを利用した患者・利用者(④、⑤、⑨、⑩、⑮、⑳) サービス提供者Cを利用した患者・利用者(⑪、⑫、⑬、⑭、⑯、⑰、⑱)
自治体	1(自治体)	自治体 I に所属する患者・利用者(①～⑳)

表 1-2-1 「患者・利用者及びその家族」のアウトプット一覧

アウトプット	指標	
	データソース	内容
連携ができていたか否か(患者・利用者の連携の程度(達成度))	-	連携ができていたか否か(患者・利用者の連携の程度(達成度))

表 1-2-2 「サービス提供者」のアウトプット一覧

アウトプット	指標	
	データソース	内容
サービスを提供した患者・利用者について、連携ができていたか否か	-	サービスを提供した患者・利用者のうち、連携ができていた患者・利用者の割合

表 1-2-3 「自治体」のアウトプット一覧

アウトプット	指標	
	データソース	内容
地域内に属する患者・利用者及びサービス提供者について、連携ができていたか否か	-	地域内に属する患者・利用者及びサービス提供者のうち、連携ができていた割合

## ハ) アウトカム（連携により生じると考えられる効果）

### (i) 「患者・利用者及びその家族」

医療・介護の連携の効果は、患者・利用者とその家族では、異なる部分もあると考えられる。そこでアウトカムを患者・利用者及びその家族に生じる効果、患者・利用者に生じる効果、家族に生じる効果の3つに分類した（表 1-3-1）。

アウトカムについてのデータソースは、患者・利用者及びその家族、医療機関、介護事業者である。

まず、患者・利用者及びその家族に生じる効果では、施設間移動の際の待機時間の縮小、満足度の向上、安心感の向上、移動にかかるストレスの軽減、経済的負担の軽減等が考えられる。

次に患者・利用者に生じる効果では、患者・利用者の健康状態の悪化防止等を挙げた<sup>5</sup>。例えば、連携が出来ていない病院に入院した場合、本来であれば退院してリハビリを受けるべき状態である患者が、退院後の行き先がないために引き続き入院を強いられ、寝たきりにされた結果、ADLが低下する等のケースが想定される。言い換えると、連携ができていない場合の効果として、健康状態の維持・悪化防止等が挙げられる。

家族に生じる効果では、介護負担感の軽減、家族の健康状態の悪化防止等が想定される。

### (ii) 「サービス提供者（医療機関、介護事業者等）」

サービス提供者にとってのアウトカムは、患者・利用者及びその家族の場合と同様に、医療機関及び介護事業者でその効果は異なると考えられる。そこで、ここでは効果を医療機関及び介護事業者両者共通の効果、医療機関への効果、介護事業者への効果の3つに分類した（表 1-3-2）。

医療機関及び介護事業者両者共通の効果では、患者数・利用者数の増加、収益向上、職員及び従業員の満足度や安心感の向上等がある。

医療機関への効果については、在院期間の短縮、（後方病院の）病床利用率の向上、研修等による介護・福祉の知識・ノウハウの習得などが挙げられる。

介護事業者への効果としては、研修等による医療に関する知識・ノウハウの習得が想定される。

### (iii) 「自治体」

自治体のアウトカムでは、地域における患者・利用者及びその家族の信頼度、満足度向上、地域におけるサービス提供者の経営安定化、要介護者の在宅率の向

---

<sup>5</sup>測定したいアウトカムによっては、要介護度やADL等が研究デザイン上、攪乱要因となりうる。

上等を挙げた（表 1-3-3）。

表 1-3-1 「患者・利用者及びその家族」のアウトカム一覧

アウトカム	指標	
	データソース	内容
【患者・利用者、家族に生じる効果】	-	-
施設間移動における待機時間の縮小	医療機関、介護事業者	施設間移動における待機時間
満足度の向上	患者・利用者、家族	満足度
抑うつ傾向の抑制	患者・利用者、家族	抑うつ傾向(自己評価抑うつ尺度(SDS))
安心感向上	患者・利用者、家族	安心感
移動にかかるストレスの軽減	患者・利用者、家族	移動時のストレス度合
移動先の施設選びに要する時間の短縮	患者・利用者、家族	移動先の施設選びに要した時間 施設選びで感じたストレス度合
退院時に次の部屋の準備・介護用品の準備ができています	患者・利用者、家族	事前準備の有無事前準備にかかるストレス度合
移動先の希望がかなった	患者・利用者、家族	(自分にとって)移動先は希望通りだったか
経済的負担の軽減	患者・利用者、家族	経済的負担
早期退院等による医療費負担の軽減	医療機関	施設(在宅)へ移動した患者一人ごとの医療費 介護サービス利用者一人ごとの医療費
【患者・利用者に生じる効果】	-	-
患者・利用者の健康状態の維持・悪化防止	-	患者・利用者の健康状態
ADLの維持・悪化防止	医療機関、介護事業者	患者・利用者のADL
要介護度の維持・悪化防止	医療機関、介護事業者	患者・利用者の要介護度
床ずれの防止	患者・利用者	床ずれの有無
重複検査、質問等の軽減	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	重複検査、質問等の有無
受けられるサービスの種類が豊富	患者・利用者	受けられるサービスの種類が豊富だと感じるか
【家族に生じる効果】	-	-
介護負担感の軽減	家族	介護負担感(Zarit)
家族の健康状態の悪化防止	家族	介護を始めてからの健康状態

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

表 1-3-2 「サービス提供者」のアウトカム一覧

アウトカム	指標	
	データソース	内容
【医療サービス提供者及び介護サービス提供者両者共通の効果】	-	-
患者・利用者及びその家族等の満足感や評判の向上	患者・利用者、家族	満足度
患者・利用者及びその家族からの評価(評判)向上	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	患者・利用者及びその家族からの評価(知名度、印象)
患者・利用者及びその家族のアウトカムの測定結果の向上	-	-
苦情件数の減少	医療機関、介護事業者	苦情内容別苦情件数
患者数・利用者数の増加	医療機関、介護事業者	外来患者数 紹介患者数 連携する介護事業者からの紹介件数・患者数、 介護サービス利用者における病院からかかりつけ医への紹介件数・患者数、 かかりつけ医への逆紹介件数・患者数 在宅サービス利用者数 紹介利用者数
業務等の効率化	医療機関、介護事業者	同一業務にかかる職員・従業員の人数・時間 人件費比率
重複検査、質問等の軽減	医療機関、介護事業者	重複検査、質問等の有無
事務手続き等の簡略化	医療機関、介護事業者	事務手続きに要する人数・時間 事務職員の人件費比率
共同購入による割引(複合体のケース)	医療機関、介護事業者	共同購入による割引の有無
収益向上	医療機関、介護事業者	利益率
情報の共有化による安全性の向上	医療機関、介護事業者	事故・ミスの件数
職員及び従業員の満足度・安心感向上	職員及び従業員 医療機関、介護事業者	満足度
顧客満足度の高いサービスを提供することによる職員のモチベーション向上	職員及び従業員	職員のモチベーション
ローテーションによる職員の意識の向上	職員及び従業員	職員の意識(他職種への理解度)
バックアップ体制が整備されていることへの安心感	職員及び従業員	提携医療機関があることへの安心感
【医療サービス提供者への効果】	-	-
在院期間の短縮	医療機関	平均在院日数
(後方病院の)病床利用率の向上	医療機関	病床利用率
研修等による介護・福祉分野に関する知識、ノウハウ等の習得	医療機関	研修等による介護・福祉分野に関する知識、ノウハウ等を習得する機会の有無 開催頻度 出席者(職種)
【介護サービス提供者への効果】	-	-
研修等による介護現場で必要とする医療分野に関する知識、ノウハウ等の習得	介護事業者	研修等による介護現場で必要とする医療分野に関する知識、ノウハウ等を習得する機会の有無 開催頻度 出席者(職種)

表 1-3-3 「自治体」のアウトカム一覧

アウトカム	指標	
	データソース	内容
地域における医療費用、介護費用の適正化	自治体	医療費用、介護費用
地域における『患者・利用者及びその家族』の信頼度、満足度向上	自治体	『患者・利用者及びその家族』結果より判断
地域における『サービス提供者』の経営安定化	自治体	『サービス提供者』結果より判断
地域における要介護者の要介護度の維持	自治体	平均要介護度(要介護度別要介護者数)
地域における要介護者の在宅率の上昇	自治体	要介護者の在宅率(所在別要介護者数)、費用在宅費(サービス別介護費用)
地域における苦情件数の減少	自治体	苦情内容別苦情件数
地域における社会的入院の減少	自治体	平均在院日数



## 二) 攪乱要因（アウトカムに影響を与えるインプット以外の変数）

### （i）「患者・利用者及びその家族」

攪乱要因として、患者・利用者の要介護度・家族の介護力等が挙げられる（表 1-4-1）。例えば、家族の介護力に関し、これまでの介護経験の有無等によって同じ介護を行う場合でも家族にかかる負担感の大きさは異なり、アウトカムに大きな影響を及ぼすと考えられる。

### （ii）「サービス提供者（医療機関、介護事業者等）」

サービス提供者における攪乱要因として、周辺地域の地域特性やサービス提供者の組織の特性等がある（表 1-4-2）。

周辺の地域特性として人口や交通、財政力、住民の年齢構成及び医療・介護資源の集積度合を挙げた。また、サービス提供者の組織の特性に関しては、組織の規模等を想定した。

### （iii）「自治体」

自治体を分析単位とした時の攪乱要因は、サービス提供者の攪乱要因と同様に地域特性やサービス提供者の組織の特性等が考えられる（表 1-4-3）。

表 1-4-1 「患者・利用者及びその家族」の攪乱要因一覧

攪乱要因	指標	
	データソース	内容
患者・利用者の年齢、性別	医療機関、介護事業者	調査対象患者・利用者の年齢、性別
要介護度	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	調査対象患者・利用者の要介護度
ADLの程度	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	調査対象患者・利用者のADLの程度
認知症の程度	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	調査対象患者・利用者の認知症の程度
家族の介護力	家族	調査対象患者・利用者の家族の介護経験の有無 介護に必要な知識の有無
ケアプラン等への家族の理解・意向	介護事業者 ケアマネジャー	調査対象患者・利用者の家族の介護経験の有無 介護に必要な知識の有無 ケアプランに対する同意率
家族の時間的余裕	家族	調査対象患者・利用者の家族の介護に費やす時間
自家用車の有無	家族	自家用車の有無
世帯構成	家族	調査対象患者・利用者の世帯構成
世帯の収入	家族	調査対象患者・利用者の世帯収入
金銭管理者の有無	家族	調査対象患者・利用者の金銭管理者の有無

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

表 1-4-2 「サービス提供者」の攪乱要因一覧

攪乱要因	指標	
	データソース	内容
周辺の地域特性	自治体	周辺の地域特性
人口	自治体	人口
総人口	自治体	総人口
高齢化率	自治体	高齢化率
人口密度	自治体	人口密度
人口集中地区人口比	自治体	人口集中地区人口比
要介護度別要介護者数	自治体	要介護度別要介護者数
交通(アクセス)	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	交通手段(医療機関、介護事業者) 来院・来所するための平均所要時間(患者・利用者、家族)
財政力	—	行政の財政状況
住民の年齢構成	自治体	住民の年齢構成
医療資源の集積度合	自治体	医療資源の集積度合
医療施設数(病院数、診療所数)	自治体	医療施設数(病院数、診療所数)
従事者数(医師数、看護師数等)	自治体	従事者数(医師数、看護師数等)
ベッド数	自治体	ベッド数
介護資源の集積度合	自治体	介護資源の集積度合
介護施設数、事業所数	自治体	介護施設数、事業所数、定員数
従事者数	自治体	従事者数
定員数	自治体	定員数
サービス提供者の組織の特性	医療機関、介護事業者	サービス提供者の組織の特性
規模	医療機関、介護事業者	同一母体内での医療施設数、介護事業所数、従事者数
制度改正	—	診療報酬改定 介護報酬改定
医療費の自己負担の変化	—	医療費の自己負担の変化
介護費の自己負担の変化	—	介護費の自己負担の変化

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

表 1-4-3 「自治体」の攪乱要因一覧

攪乱要因	指標	
	データソース	内容
自治体の地域特性	自治体	周辺の地域特性
人口	自治体	人口
総人口	自治体	総人口
高齢化率	自治体	高齢化率
人口密度	自治体	人口密度
人口集中地区人口比	自治体	人口集中地区人口比
要介護度別要介護者数	自治体	要介護度別要介護者数
交通(アクセス)	患者・利用者、家族 医療機関、介護事業者	交通手段(医療機関、介護事業者) 来院・来所するための平均所要時間(患者・利用者、家族)
財政力	—	行政の財政状況
住民の年齢構成	自治体	住民の年齢構成
医療資源の集積度合	自治体	医療資源の集積度合
医療施設数(病院数、診療所数)	自治体	医療施設数(病院数、診療所数)
従事者数(医師数、看護師数等)	自治体	従事者数(医師数、看護師数等)
ベッド数	自治体	ベッド数
介護資源の集積度合	自治体	介護資源の集積度合
介護施設数、事業所数	自治体	介護施設数、事業所数、定員数
従事者数	自治体	従事者数
定員数	自治体	定員数
地域住民の生活水準	自治体	平均世帯収入
サービス提供者の組織の特性	医療機関、介護事業者	サービス提供者の組織の特性
規模	医療機関、介護事業者	同一母体内での医療施設数、介護事業所数、従事者数
制度改正	—	診療報酬改定 介護報酬改定
医療費の自己負担の変化	—	医療費の自己負担の変化
介護費の自己負担の変化	—	介護費の自己負担の変化

※患者・利用者への個別の取り組み状況については、医療機関や介護事業者が所有する患者・利用者情報データ等から分かる場合には、医療機関と介護事業者への質問のみで把握可能。

#### 4. 連携の効果を分析する上での今後の課題

以上で、医療・介護の連携の定義や連携を成り立たせるための取組み、そして連携の効果に関する調査研究のフレームワークを示したが、以下では、医療・介護の連携の効果を分析する上での今後の課題を述べる。

医療・介護の連携の効果を探るためには、表 1-1-1 から表 1-4-3 で示した各変数を測定する必要がある。さらに変数の測定は、例えばある地域における全医療機関や全介護事業者というように、統計的な分析を行うために必要な数の対象について行うことが求められる。これら数々のデータを得てはじめて効果に関する分析が可能となる。言うまでもないことだが、ここで分析とは、攪乱要因の影響を取り除き、更にインプット相互の影響を取り除きながら各インプットがアウトプットに及ぼしている影響、そしてアウトプットがアウトカムに及ぼしている影響を明らかにすることである。但し、それには以下の課題がある。

まず、一番大きな問題は調査実施体制の構築の困難性である。多くのサービス提供者及び患者・利用者およびその家族の協力が不可欠であり、これらの対象者へ事前に趣旨を説明し理解を得なければならない。

仮に協力体制が構築されたとして、次にそれぞれの変数を測定しなければならないが、測定すべき変数が非常に多いため、それらの変数を全て測定するための大規模な調査体制が求められる。

必要な情報を得るためには、患者・利用者及びその家族はもちろん、医療機関や介護事業者、自治体からの協力が必要不可欠である。例えば、「患者・利用者及びその家族」を分析の単位として分析する際には、複数のデータソースから得た情報を介護保険番号や住民基本台帳の番号などにより接合して分析使用することが必要になるかもしれない。当然、行政、住民、事業者の調査研究に対する理解が求められる。

また、医療と介護の連携による効果の分析では、連携の費用対効果の分析も重要であるが、それを行うには医療保険と介護保険のデータを突き合わせる必要がある。しかしそのようなデータの利用には様々な制約があり、現状ではすぐに可能ではない。実証的研究のためには、個人情報保護の上で、このようなデータをマッチングさせ利用できるような環境整備が必要である。せめて市町村レベルで医療と介護のデータをマッチングさせる試みが要る。

このように、現実に医療・介護の連携の効果を調査研究するとなると課題が多い。

本調査研究では、医療・介護の連携を成り立たせるための取組みの要件は示したが、連携の要件は示すに至らなかった。連携の要件を示すには、今後、既述のインプット・アウトプット・アウトカムについての実証的・経験的な分析結果に依拠した検討が必要である。

個々の事例を深く詳細に記述、分析しようとするれば、少数事例になる。他方、大量観察しようとするれば、個々の事例の詳細を把握することは難しい。また大規模調査を

実施するには困難が伴う。今回は文献学的研究を行った上で、事例に基づいて指標を検討したが、今後は幅広く量的調査を行うために何がコアになる変数なのか、更なる検討が求められる。

## 第2章 事例

## 1. 特別医療法人恵仁会（長野県佐久市）

## (1) 法人グループ概要第2章 事例

## 1. 特別医療法人恵仁会（長野県佐久市）

<p style="text-align: center;"><b>医療事業</b></p> <p style="text-align: center;">（特別医療法人恵仁会）</p> <p>くろさわ病院（83床）</p> <p>一般 43床</p> <p>療養 40床（介護 20床、医療 20床）</p> <p>診療所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・つかばらクリニック （老健併設、無床）</li> <li>・さなだクリニック（19床）</li> <li>・菅平高原クリニック （季節診療所、無床）</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>介護・福祉施設事業</b></p> <p>介護老人保健施設</p> <p style="text-align: center;">（特別医療法人恵仁会）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安寿苑（定員 82人）</li> <li>・シルバーポートつかばら （定員 70人）</li> </ul> <p>介護老人福祉施設</p> <p style="text-align: center;">（社会福祉法人恵仁福祉協会）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アザレアンさなだ（定員 50人）</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>在宅事業</b></p> <p style="text-align: center;">（特別医療法人恵仁会）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター</li> <li>・訪問看護ステーション 3ヶ所</li> <li>・居宅介護支援センター 3ヶ所</li> <li>・訪問介護ステーション 4ヶ所</li> <li>・通所リハビリテーション 4ヶ所</li> <li>・デイサービスセンター 1ヶ所</li> <li>・グループホーム 1ヶ所（定員 9名）</li> <li>・宅老所 5ヶ所（総定員 73人）</li> <li>・ケア付住宅 15ヶ所（有限会社けいじん）</li> <li>・介護ショップ（株式会社メディコケイジン）</li> <li>・365日3食の配食サービス</li> <li>・福祉移送サービス</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>予防医療・リハ事業</b></p> <p style="text-align: center;">（特別医療法人恵仁会）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケイジン保健医学センター</li> <li>・ケイジン健康運動センター（温泉利用型疾病予防施設）</li> <li>・ケイジンリハビリテーションセンター</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>ヘルパー養成</b></p> <p style="text-align: center;">（特別医療法人恵仁会）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパー 2級養成講座</li> </ul>

恵仁会グループは、昭和 12 年に産科医院としてスタートした現くろさわ病院を核に、介護老人福祉施設（以下特養）、介護老人保健施設（以下老健）、在宅サービス、予防などを展開する保健・医療・福祉複合体である。

佐久総合病院という全国的にも著名な大型急性期病院のお膝元に立地することから、超急性期に見切りをつけ、早くから介護・福祉分野へ進出し、独創的なサービスを提供している。例えば現在は医療機関によるケア付住宅（後述）は盛んだが、恵仁会では介護保険制度創設前から、くろさわ病院に近接した形でケア付住宅を設け、在宅の雰囲気を保ちながら施設のメリットを活かしたサービスを創設した。近年では宅老所を利用して障害児や乳幼児へのデイサービスも提供するなど、常に 365 日 24 時間体制で、地域で必要とされる生活支援サービスの提供を目指している。

## (2) 地域特性

### 人口・産業

恵仁会の母体であるくろさわ病院は、人口約10万人（平成17年4月）、高齢化率約24.3%（全国平均20.1%）の長野県佐久市に立地している。佐久市は周辺地域との市町村合併により表向きの人口は増加しているが、実質的には人口減少、少子高齢化傾向にあり、産業別の就業人口比率をみても、一次・二次・三次産業従事者比率が、全国平均では5：29：64に対し、佐久市では12：39：49と、特に一次産業従事者の比率が高く、農村色の強い郡部地域といえる。

### 医療・介護サービス

長野県は医療費が全国でも最も低いことで知られている。例えば平成16年度の老人1人当たりでは全国平均78万円に対し、長野県は63万円と15万円近くも安く、最も高い福岡県の96万円と比べると3割以上低い（表2-1）。

長野県の老人医療費が低い理由としては、予防医療が普及していることや、高齢になっても農業に従事している者の比率が高いことなどが指摘されているが、病床数が少ないことも、大きな要因の一つとして挙げられている。人口10万人当たり一般病床数は全国平均838床に対し807床、療養病床数は全国平均300床に対し194床と、全国平均よりかなり少ない（表2-2）。特に医療費が低くて病床数が少ないことは、供給者（医師・医療機関）誘発需要の現れと考えられよう（一般に医療密度が高いほど医療費が高くなる。長野県の場合はその逆の医療密度が低く医療費も低い現象）。

またこのほか介護ベッドが、全国平均を上回って整備されていることも寄与していると見られる。高齢者人口10万人当たりの特養定員数は全国平均1,493床に対し1,559床、老健定員数は全国平均1,160床に対し1,318床と約160床も多い（表2-2）。

表2-1 老人1人当たり医療費

	平成14年度		平成15年度		平成16年度	
	(円)	(順位)※	(円)	(順位)※	(円)	(順位)※
長野県	596,480	(1)	612,042	(1)	634,872	(1)
佐久市	581,951		610,372		607,794	
全国	736,512	-	752,721	-	780,206	-
(参考)福岡県	904,564	(47)	922,667	(47)	965,415	(47)

※順位は老人一人当たり医療費の昇順で表示

資料：厚生労働省『平成16年度老人医療事業報告』より作成



表 2-2 人口 10 万人当たり病床数及び高齢者人口 10 万人当たり対定員数※1

	一般病床数※2 病院＋診療所	療養病床数※2 病院＋診療所	特別養護老人ホーム※3 定員数	老人保健施設※3 定員数
佐久医療圏	882	217	1,550	1,712
長野県	807	194	1,599	1,318
全国	838	300	1,493	1,160

※1 人口は総務省統計局『平成 17 年国勢調査』より作成

※2 病床数は厚生労働省「H17 年医療施設調査」より作成

※3 特養及び老健定員数は厚生労働省「H17 介護サービス施設・事業所調査」より作成

以上は長野県全体の話だが、佐久医療圏に限ってみると、人口 10 万人当たり一般病床数が全国平均を上回っている（全国平均 838 床に対し、882 床）。その背景として佐久総合病院の存在が考えられる。表 2-3 は佐久医療圏の病院一覧だが、佐久総合病院は病床数 821 床と農村色の強い郡部の地域にあっては異例ともいえる大規模病院である。佐久総合病院はドクターヘリも有する三次救急病院であり、佐久医療圏だけではなく、長野県全体の医療の最終砦としての役割を負っている。そのため、人口規模以上の大病院が佐久医療圏には存在することにつながっているといえよう。

一方、特養・老健といった介護施設も全国平均を上回っている。例えば老健の高齢者人口 10 万人当たり定員数は全国平均 1,160 床に対し、佐久医療圏で 1,712 床と全国平均の約 1.5 倍もある。その理由として、厚生連を含む公による整備の他、くろさわ病院のような民による努力の結果と思われる。

表 2-3 佐久医療圏における病院一覧

病院	開設者		病床数内訳	一般病床数		合計病床数	
					シェア		シェア
佐久総合病院	長野県厚生農業協同組合連合会	公	一般665 療養40 精神112 感染4	665	36.0%	821	28.9%
佐久市立国保浅間総合病院	佐久市	公	一般250 療養73	250	13.5%	323	11.4%
佐久総合病院美里分院	長野県厚生農業協同組合連合会	公	精神120	0	0.0%	120	4.2%
雨宮病院	医療法人 雨宮病院	医	一般54	54	2.9%	108	3.8%
金沢病院	医療法人 三世会	医	一般53 療養37(うち介護療養12)	53	2.9%	90	3.2%
川西赤十字病院	日本赤十字社	公	一般48 療養36(うち介護療養20)	48	2.6%	84	3.0%
くろさわ病院	特別医療法人 恵仁会	医	一般43 療養40(うち介護療養20)	43	2.3%	83	2.9%
小諸高原病院	独立行政法人国立病院機構	公	精神260 一般80	80	4.3%	340	12.0%
小諸厚生総合病院	長野県厚生農業協同組合連合会	公	一般320	320	17.3%	320	11.3%
御代田中央記念病院	医療法人社団 御代田中央記念病院	医	一般108 療養42(うち介護療養42)	108	5.8%	150	5.3%
千曲病院	佐久穂町	公	一般62 療養55	62	3.4%	117	4.1%
軽井沢病院	軽井沢町国民健康保険	公	一般79 療養24(うち介護療養8)	79	4.3%	103	3.6%
佐久総合病院小海分院	長野県厚生農業協同組合連合会	公	一般50 療養49	50	2.7%	99	3.5%
小諸病院	医療法人 山月会	医	一般36 療養42(うち介護療養10)	36	1.9%	78	2.8%
合計				1,848	100%	2,836	100%

※開設者欄の「公」は公的病院、「医」は医療法人を指す

資料：WAM-NETより作成（平成18年12月末現在）

### （3）恵仁会グループの歴史と地域における位置付け

恵仁会グループは、昭和12年に黒澤医院（産婦人科）が開設されたことに始まる。昭和43年に病院となり、昭和47年に医療法人へ組織変更。その後、昭和51年から61年にかけて漸次増床し、現在の83床体制を築いた。そして平成12年には特別医療法人になった。

しかしくろさわ病院が立地する佐久医療圏には、既述の佐久総合病院（821床）や市立国保浅間総合病院（323床）といった強力な大型急性期病院があり（図2-1）、くろさわ病院がこれらと伍して急性期を担うのは難しい。そこでくろさわ病院では2代目理事長就任時に、高度急性期はこれら公的病院に任せることとし、早い段階から介護・福祉分野へ積極的に進出した。

昭和63年に長野県下初となる老健を、平成4年には社会福祉法人を設立し、その

翌年に特養を、平成10年にも県下初のグループホームを開設した。

佐久市において恵仁会の老健のシェアは4割を超え（表2-4）、恵仁会グループは介護分野においては地域の中核的存在であるといえる。

図2-1 くろさわ病院周辺地図

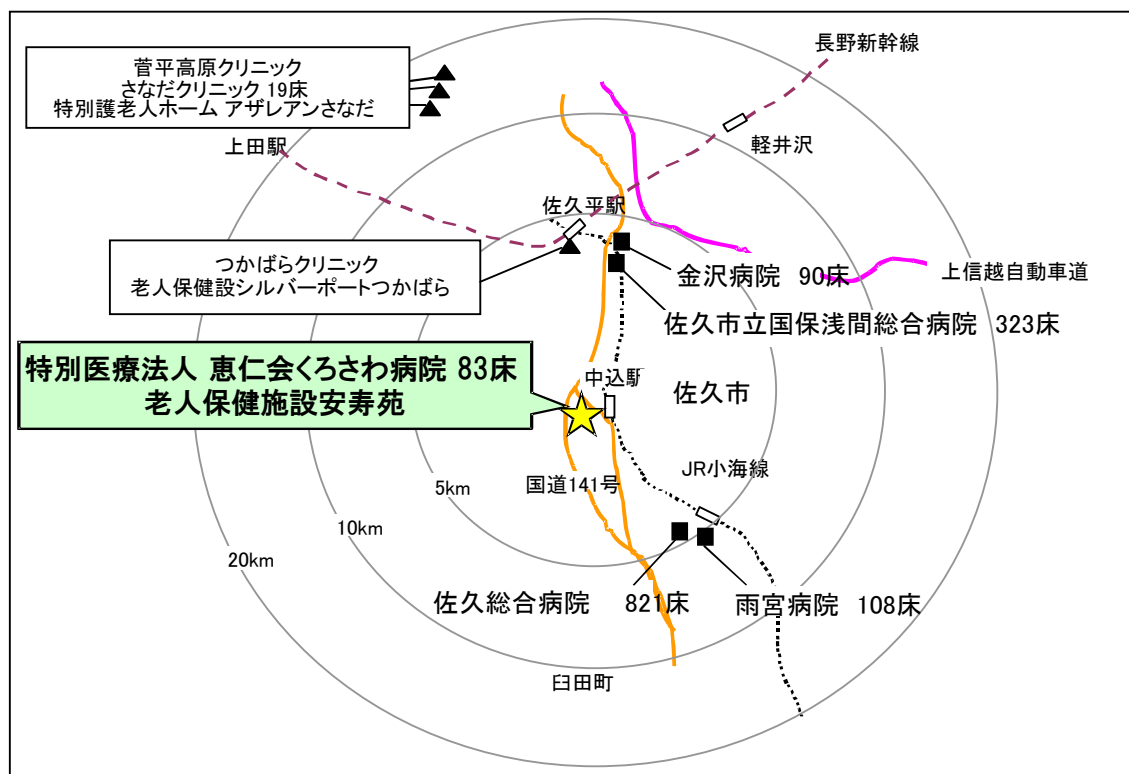


表2-4 佐久市における介護老人保健施設一覧

老人保健施設	開設者	入所定員数	シェア
安寿苑	特別医療法人 恵仁会	82	22.4%
シルバーポートつかばら	特別医療法人 恵仁会	70	19.1%
介護老人保健施設 愛の郷	社会福祉法人 佐久平福祉会	70	19.1%
佐久総合病院老人保健施設	長野県厚生農業協同組合連合会	94	25.7%
みすず苑	佐久市	50	13.7%
合計		366	100%

※網掛けは恵仁会グループの老健

資料：WAM-NETより作成（平成18年12月末現在）

さらに恵仁会はハコモノといったハード面の整備だけではなく、ソフト面でも先進的施策を打っている。恵仁会グループで運営する特養「アザレアンさなだ」は、その先駆的取組みで全国的に知られており、例えば平成9年より、従来の特養が高齢者を施設に閉じ込めていることを疑問視し、町の中の家屋を借りてそこへ特養の高齢者を送り出してデイサービスを実施し、夜に迎えに行くという「逆デイサービス」を始めた。近年は特区を利用して、町の中に小規模特養を建て、普通の生活の延長線上でのケア提供を目指している。また同特養が立地する真田地域には医療機関がないことから、町からの要請で同特養に近接する形で診療所を開設し、特養利用者や家族には医療機関が隣接していることによる安心感を与えている。

そして平成10年からはビジネスモデルともいえるケア付住宅を開始した。ケア付住宅はくろさわ病院から原則半径200メートル以内に普通の民家を借上げる形で設置された。200メートル以内としたのは、何かあればすぐに病院から駆けつけられるようにするためだが、普通の民家を利用するとしたのは、入居者を9名以下とすることなどとともに、在宅に近い環境、雰囲気を保ちつつ、施設ケアのメリットを受けられることを狙いとしたものである。当該施設は法に基づくものではなく、介護保険上も施設扱いではなく純然たる在宅扱いとなり、訪問介護なども全て在宅介護として給付されている。

そのため、サービス供給側からみれば、①民家を賃借することで資金の固定化を防ぐことができるだけでなく、イニシャルコストも小さいため、経営拡大が容易である、②賃借なのでニーズに応じたサービス供給量を弾力的に伸縮できる（施設では定員が固定化されるが、賃借であればニーズに応じて供給量を拡大・縮小しやすい）、③少人数だが1軒に9名程度の高齢者がおり、それが集合しているので在宅ケアの効率化が図られるというメリットがある。利用者からみても、①小規模で施設のように集団ケアではないため、在宅の雰囲気を味わえる、②病院が近くなのでいつでも医療にアクセスできる安心感がある、③終の棲家として最後まで暮らせるという長所を享受できる。

このため利用者からの人気があり、ケア付住宅は開設から8年間で15箇所にも増えた。

このように恵仁会グループは、母体が医療機関であるメリットを活かしながら、介護分野に早くから進出し、単にハコモノを整備しただけでなく、ソフト面でも新しいアイデアを積極的に取入れ地域ニーズに応える努力を行ってきた。以下では恵仁会グループにおいて、第1章の理論研究で整理した、連携を成立させる取組みの5つの要件毎に具体的にどのようなことを実践しているか、見てみよう。なお5つの要件毎の指標について恵仁会の実施状況を一覧表にまとめ、参考資料として示した(P50、P51)。

#### (4) 医療・介護の連携

##### 1) 経営トップの連携に対する認識

既に述べたとおり、恵仁会の立地する佐久医療圏には、ブランド力のある2つの大病院が存在する。前理事長はこれらの病院と伍して、総合的に高度の急性期医療を担うことは無理と判断するとともに、佐久地域では一般病床は過剰だが、介護分野は不足していることに着目し、逸早く介護分野進出を決断した。その際、介護については質・量ともに地域で一番を目標とし、そのための戦略として、医療と介護の連携を軸に、同じ医療機関ながら大病院では対応できない、きめの細かいサービスの提供を目指すこととした。

その理念と経営戦略は、現理事長（前理事長の妻）およびその子息である院長へと引き継がれている。

ここで特筆すべきは、トップが医療と介護の連携の必要性を認識し、それを経営理念として掲げる下で、地域に必要なサービスは何かを役職員が共に考え、新しいサービスを創造する土壌を作り上げたことである。そうした土壌の中で生まれた新たなサービス事例をいくつか述べると、次のようなものがある。

①昭和58年から、看護師が無償で1人暮らしの老人宅へ安否確認の電話をする「おはようコール」をボランティアではじめ、看護師という医療の有資格者による電話から、独居老人や遠隔に住む家族に安心感を与えるように努めた。②診療報酬制度で通所リハビリテーションの送迎が点数化される前の昭和63年から、送迎がなければ高齢者の通所は不便という介護現場の体験から、無償送迎を実施した。③先のケア付住宅では、病院に近接して立地させるとともに、小規模多機能サービスの先駆けとなった。

ところで恵仁会グループではサービス提供に際して、患者・利用者本位の考えに徹している。それは可能な限り患者・利用者の選択に委ねることである。そのため、恵仁会で世話する患者・利用者の主治医やケアマネジャーは、恵仁会の者とするとは限らず、あくまで患者・利用者の選択に委ねている。その結果、ケア付住宅の利用者のうち、恵仁会以外のケアマネジャーを選択している利用者は約15%、恵仁会以外の主治医を選択している利用者は約23%にのぼっている（平成19年3月現在）。

## 2) 患者・利用者情報の管理・共有体制

患者・利用者情報の管理・共有体制を確かなものにするために、恵仁会では専門担当部署として、地域連携室を設けた。

地域連携室の主な業務内容は、患者・利用者情報の収集と一元管理、入退院・入退所調整、そのための家族への連絡・調整、法人内における病院と介護分野間の連携会議の主催、ケアマネジメント会議の主催、法人外の医療機関や介護サービス事業者などへの外回り（営業）など、その業務は広範に亘っている。このため地域連携室のスタッフは2名だが連携室専属とし、看護師、社会福祉士の有資格者で院内でも優秀な人を選んだ。

恵仁会の情報管理・共有体制で特徴的なことは、地域連携室が中心となって月2回のペースで実施している、医療・介護の合同会議ともいえるべき法人内連携会議である。これは院長が音頭を取った会議であり、医療側と介護側が同席する会議には、医師は忙しいことなどを理由に欠席することが一般に指摘されるが、本会議には原則医師の参加が義務付けられ、実際に概ね参加している。参加者は、医師、地域連携室スタッフ、ケアマネジャー、各事業所の担当者等である。ここでは新規利用者情報の共有化が図られ、また老健やケア付住宅などの入所・入居が最終判定される他に、事例検討が行われ、日常業務のなかで特に困難事例や問題があった事例の対処方法を医療・介護職員が共に検討し、学びあうことで、現場のケアに役立てている（後述）。

くろさわ病院内では、内科・整形外科それぞれで毎週1回カンファレンスを開催している。医師を中心に看護師、連携室スタッフ、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、ケアマネジャー、訪問看護師、医事課職員などが参加している。内容は入院患者についての情報交換、今後の動向の確認、家族との面談調整、退院前訪問の打合せ、退院後のサービス調整などである。整形外科は特にリハビリの進み具合などの情報交換もしている。また多職種で話し合うことにより薬剤指導、栄養アセスメント、亜急性期病棟の運営、さらには外来リハビリについてもカンファレンスを行う。このカンファレンスは、病院内では治療方針や患者の動向について把握する重要な会議と位置づけている。

また、月1回定例でサービス担当者会議を開き、要介護認定更新申請者の関係者（医師、看護師、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ケア付住宅責任者、訪問介護事業者など）が一堂に会してカンファレンスを行い、援助目標について共通認識を持つことに努めている。

このほか、恵仁会の事業所が立地する地区別の連携会議やカンファレンスは定期的に、入退院・入退所調整会議は必要に応じて開催される。なお、これら情報は個人情報であるため、情報の保管場所には鍵をかける、職員への情報漏洩防止に対する教育をするなどで、個人情報保護を図っている。

一方、長野県では医療と介護の連携では、主治医とケアマネジャーがキーパーソンといわれていることから、ケアマネジャーと主治医との間で患者・利用者情報を交換するための定型フォーマットを定めた。この定型フォーマットには、ケアマネジャーが主治医へ照会・相談する「医療と介護との連携連絡票」（表 2-5-1）と主治医からケアマネジャーへ照会する「介護サービス情報提供依頼書」（表 2-5-2）の2種類がある。ケアマネジャーや主治医はこれらの用紙に照会内容等を記入し、FAXで情報交換を行う。これによって、ケアマネジャーが医師に何を連絡したいのか、どこに連絡すれば良いのか、一目で判り、日頃多忙な医師が、ケアマネジャー側からの問合せ等に応じやすい体制が整えられている。恵仁会でも連絡先が法人内外であるかを問わず、この定型フォーマットを活用している。

表 2-5-1 長野県の医療と介護との連携連絡票【ケアマネ→主治医】

医療と介護との連携連絡票			
平成 年 月 日			
宛先	医療機関の名称 及び所在地 電話番号 FAX番号 職 名 医師・歯科医師 氏 名 (宛)	発信元	介護事業所の名称 及び所在地 電話番号 FAX番号 職 名 氏 名 (発信)
<p>日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡を取りたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、FAXにて返信をお願い申し上げます。</p> <p>*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。</p>			
利用者	氏 名	介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 経過的要介護・申請中
	住 所	TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳) 男・女	
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶		
<利用者の照会・相談内容等>			
担当介護支援専門員名		印	
連絡方法等並びに回答書(返信)			
連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします(時間帯 月 日 時頃お出でください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯 月 日 時頃電話をください) <input type="checkbox"/> 文書で回答します		
<主治医からの回答・助言等>			
平成 年 月 日 氏名		印	

資料：長野県



表 2-5-2 長野県の介護サービス情報提供依頼書【主治医→ケアマネ】

介護サービス情報提供依頼書					
平成    年    月    日					
宛先	介護事業所の名称 及び所在地		発信元		
	電話番号			医療機関の名称	
	FAX番号			及び所在地	
	職名			電話番号	
	氏名			FAX番号	
	(宛)			職名 医師・歯科医師	
		氏名 (発信)			
利用者	氏名		介護保険番号		
	住所		TEL		
	生年月日	明・大・昭    年    月    日生 (    歳)		男・女	
依頼内容	上記の利用者につき _____ のため、介護(予防)サービス等の情報提供を依頼します。FAXにて返信をお願い致します。				
<利用者の照会内容等>          <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医師名</span> <span>印</span> </div>					
介護サービス情報提供書(返信)					
<照会内容等に関する事項および特に連絡すべき事項>          <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>平成    年    月    日</span> <span>担当介護支援専門員名</span> <span>印</span> </div>					

資料：長野県

### 3) 患者・利用者の流れの管理

患者・利用者の流れの管理も、先の地域連携室が主導的な役割を担っている。

若年の患者であれば要介護にならずに自宅へ戻るため、地域連携室から特段の介入はないが、他院への転院、施設などへの入所、在宅復帰ながらも要介護状態で介護サービスを必要とする場合、地域連携室が中心となって調整を行う。

ところでくろさわ病院における通常の入院患者の状況を見ると、大半の入院患者は高齢者である（一般病床の平均年齢 78.05 歳、一般病床における要介護の入院患者約 6 割、療養病床の平均年齢 88.75 歳、全員が要介護で平均要介護度は 4）。そのため、ほぼ全ての入院患者に対して地域連携室が何らかの関わりを持つことになる。

なお、83 床のうち高齢者の入院患者は 80 人弱と、ほとんどが高齢者であり、入院患者に対して地域連携室は何らかの関わりを持っている。

地域連携室を中心とした、入退院調整は以下の通りである（表 2-6）。

表 2-6 くろさわ病院内の退院調整

病院内の退院調整	実施者
①退院可能と判断	担当医師
②病状、今後の援助方針の説明	担当医師
③退院後生活に向けての相談対応、準備方法の確認	地域連携室スタッフ
④関係機関と連絡・調整	地域連携室スタッフ
⑤院内スタッフへの情報提供	地域連携室スタッフ
⑥患者・利用者の不安点・問題点の確認	地域連携室スタッフ
⑦退院前の準備・確認	地域連携室スタッフ
⑧退院時の情報提供	担当看護師、地域連携室スタッフ

資料：ヒアリングやくろさわ病院資料をもとに明治安田生活福祉研究所作成

まず患者がくろさわ病院に入院すると、地域連携室が患者本人や家族、担当医、看護師などから、患者情報の収集を始める。具体的な情報内容は表 2-7 にあるとおりである。

これらを基に、退院時に要介護認定申請の手続きが必要と判れば、申請の準備を始める。

ただし、地域連携室が注意すべきだとして心がけていることに、次のようなことがある。それは、入院初期から患者や家族に次の行き先を探すよう促すことはしないようにすることである。平均在院日数短縮への圧力が高まる中、「入院した当初は手術や治療結果がどうなるのか判らず、その不安で一杯なのに、次の転院先は決まっているか、決まっていなければすぐに決めるようにとせかされるのが辛かった、転院先が決まるまではナースステーションの前をなるべく通らないように見舞いに行

くのが大変だった」、などが一般的に高齢者の患者やその家族から指摘されており、患者やその家族の心情を考慮した、ゆったりとした中小病院の良さを活かすためにも、入院直後に退院後の話をすることは極力避けているとのことである。

担当医が退院可能となる日も近いと判断すると、担当医より患者やその家族に病状説明や今後の援助方針に関して説明が行われる。ここで地域連携室ではなく、担当医が説明するのは、患者や家族が退院という事実に対し、担当医からの説明の方が受け入れやすいという経験による。

ただしその後のフォローは地域連携室が行う。上に述べた医師による説明の後は、地域連携室の担当者が前面に出て、患者や家族が退院後の生活をどのように考えているのか、何の援助が必要なのか、面接で退院後生活に向けての準備方法を確認する。そこで患者や家族が担当医に聞き損ねた疑問点、不安点を地域連携室スタッフが聞き、地域の介護資源、医療資源の情報を提供し、必要に応じて施設などを事前見学する。

医師と地域連携室間でこのように役割分担するのは、患者や家族は医師を前にすると本音をいえない場合があり、医師の前とは全く反対の退院後の希望行き先をいうケースが少なくないことによる。そのため、地域連携室スタッフより何度も患者・家族に意思を確認する。

次に患者・家族の連絡に基づき、地域連携室では関係機関と連絡を取り、患者・家族の了解の上、必要な情報をこれら機関へ提供する。施設入所の場合、入所判定に必要な情報（ADL など）を送り先予定施設へ提供する。自宅に戻る場合、退院前訪問を行い（これも通常、退院の1～2週間前）、患者本人、医師・地域連携室・リハビリスタッフなどの病院スタッフと、ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパーなど在宅系スタッフが患者宅へ出向き、自宅（ケア付住宅の場合もあり）での生活状況をチェックし、今度どのようなリハビリやケアが必要か、住宅改造が必要かなどを検討する。医師がこのような退院前訪問に出席することは一般的ではないが、くろさわ病院では院長自らも出来るだけ退院前訪問に参加するようにしている。

これらの経過を、既述のカンファレンス（週1で開催）にて院内スタッフに地域連携室より情報提供し、必要時の援助を依頼する。

また、これらの退院援助過程での患者・家族の不安点・疑問点を地域連携室が確認し、必要に応じて行き先などの再調整を行う。

退院前には、地域連携室が退院日、退院時間、移動方法、付添者、退院当日にくろさわ病院側で準備が必要なものなどを確認し、手配する。

退院時には、地域連携室スタッフ、担当看護師が、患者・家族へ薬を渡し、次回受診日の確認、外来予約の手続きをする。同グループのケア付住宅に入居する場合、退院療養計画書を先方に渡し、療養上の指導・看護指導・リハビリ指導を行う。主治医がくろさわ病院以外の医師の場合、当該医師に診療情報提供書、看護サマリー

を渡す。他院へ転院する場合も同様である。

表 2-7 連携室が管理している患者・利用者の情報例

<b>【基本情報】</b> 氏名 生年月日 年齢 住所 電話番号
<b>【医療関連情報】</b> 病歴 主治医 必要な医療サービス 緊急時の医療の対応先(入院が必要な時の対応病院)
<b>【介護関連情報】</b> 介護者(氏名、年齢、就職状況等) 担当ケアマネジャー ADL 要介護度 必要な介護サービス 生活歴 視力・聴力 入れ歯の状況 会話の状況

資料：ヒアリングやくろさわ病院資料をもとに明治安田生活福祉研究所作成

これら個別の対応とは別に、定例的に月 2 回、入退所調整会議を開催し、地域連携室メンバー（看護師）、老健施設長、各ケア付住宅の責任者、必要に応じて医師などを招集している。そこでは、法人内施設の入所状況、入所者の ADL・医療必要度の状態、待機者数や待機者の状態などについて確認し、入退所調整を図っているが、あわせて施設入所者の状況に関する情報共有の場、介護施設側が医療の側面からみたアドバイスを受ける場ともなっている。一方、病院の入退院調整は適宜行っている。

これら一連の退院調整作業にあたっては、法人として上記の一連の作業をまとめた退院援助マニュアル、退所対応フローチャートを作成し、円滑な実施に努めている。

くろさわ病院における患者の移動状況を見てみよう。表 2-8 は平成 18 年 9 月 1 日から 9 月 30 日の 1 ヶ月間で、くろさわ病院を入退院した患者の入院前の場所、退院後の場所等の移動状況を示したものである。当該期間における新規入院患者数は 49 名であり、その内訳はグループ内施設からの入院患者が 11 名、グループ外施設からの入院患者が 10 名、自宅からの入院患者が 28 名であった。自宅からの入院患者を除いた施設からの入院患者だけで見ると、施設からの入院患者 21 名中、グループ内施設からの患者は 11 名と半分に達している。医療機関が介護施設を持つ効果といえ

よう。

ただし、恵仁会グループでは患者・利用者の希望を重視する理念徹底を図っており、グループ内施設の患者・利用者にも、どこでサービスを受けるか、誰を主治医やケアマネジャーにするかは患者・利用者の自由な選択に任せている。たとえば恵仁会グループのケア付住宅入居者の主治医は佐久総合病院、近隣の開業医など様々であり、ケアマネジャーも同様である。

一方、退院患者についても、退院後の移動先を見ると、退院患者 44 名中グループ内への退院が 12 名、グループ外が 8 名、自宅が 24 名と、患者の退院先として、グループの施設が大きな役割を果たしていることがうかがえる。

表 2-8 患者の移動状況

《入院前の場所別入院患者数》

入院前の場所(どこから)		平成18年9月1日～30日	
グループ内からの入院		グループ外からの入院	
総 数	11	総 数	10
医療機関	0	医療機関	6
介護老人保健施設	8	介護老人保健施設	0
介護老人福祉施設	0	介護老人福祉施設	3
ケア付住宅	1	ケア付住宅	0
その他施設	2	その他施設	1
自 宅	28	人	
新入院患者総計	49	人	

↓

くろさわ病院へ入院

《退院後の行き先別退院患者数》

退院後の行き先(どこへ)		平成18年9月1日～30日	
グループ内への退院		グループ外への退院	
総 数	12	総 数	8
医療機関	1	医療機関	1
介護老人保健施設	9	介護老人保健施設	0
介護老人福祉施設	0	介護老人福祉施設	4
ケア付住宅	1	ケア付住宅	0
その他施設	1	その他施設	3
自 宅	24	人	
退院患者総計	44	人	

資料：ヒアリングやくろさわ病院資料をもとに明治安田生活福祉研究所作成

以上がくろさわ病院における患者の流れの管理である。

ここで恵仁会の代表的介護サービスといえるケア付住宅における利用者の流れの管理をみてみよう。

ケア付住宅の入居は、先の地域連携室によって関係者が召集される入退所調整会議で調整された上で、最終的には既述の法人内連携会議で決定する。そこでは新入居者の要介護度、ADL、医療必要度、家族状況などの情報が共有され、必要に応じて地域連携室の看護師より、リハビリなどについて情報提供が行われる。ここで医師や看護師のアドバイスや介護側の意見などが交換され、合議制で入居判定が行われる。

なお、ケア付住宅の責任者は、恵仁会勤務歴1年以上の経験を積む看護師、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパーなどの肩書きを持つ者だが、それら肩書きには拘らず、入居者・家族から信頼され、社会的常識もあり、ケア付住宅責任者を任せ

られると判断される人を選んでいるという。

ケア付住宅入居後は、利用者本人及びその家族の希望を聞きながら生活支援プランが作成される。生活支援プランとは介護保険上の給付適用範囲に関わらず、利用者が日常生活を送る上で通常必要とされるサービスを把握し、提供していくことで利用者が安心して日常生活を送れるよう支援するためのプランである<sup>6</sup>。その後、生活支援プランを基にケアプランを作成するという仕組みが恵仁会グループでは構築されている。

このように恵仁会では、患者・利用者の流れの管理について積極的に取り組んでいるが、以下に述べる課題は残されている。

医療側としては、あくまで恵仁会グループは医療法人が母体であり、病院がバックに控えている以上、法人内のあらゆる介護施設の医療サポートをしていかなければならないと捉えている。一部主治医が法人外にいる利用者でも、「主治医ではないから知らない」というわけにもいかないのが、全ての利用者について知る必要があると考えている。そのため、入居判定について医療側が決定権を持つべきとは思わないが、介護側の判断のみでも宜しくないとし、法人内連携会議にて合議的に決定することとしている。

一方ケア付住宅側（介護側）では、利用者の希望を最優先したいとの立場から、医療側のアドバイスは受けるが、最終決定はあくまでケア付住宅の責任者がすべきだとの考えがある。また、介護部門では各ケア付住宅のそれぞれの責任者を世帯主と呼び、あくまで在宅という認識を内外に徹底させるよう努め、また世帯主と呼ぶことで、在宅を支えている大黒柱であるとの意識を責任者に持たせようとしている。そのような中、医療の従属的サービスにすぎないと介護スタッフに思わせるのではなく、介護については、言い換えると生活の場においては、介護スタッフがサービス提供の中心であり、利用者によりそったケア提供を実践したいとの意気込みが介護分野の現場職員には強い。実際、ケア付住宅には常勤・非常勤を問わず、サービスに誇りを持って意欲的に取り組むスタッフが多いという。佐久総合病院において在宅医療を担当している医師によると、恵仁会のケア付住宅には医学的管理が必要な重度の患者でも、スタッフが熱心に取り組むため送りやすいとのことである。また、非常勤でも緊急時には無給でケア付住宅に駆けつけてサービスを提供する訪問看護師がいるなど、驚くべき責任感だという。これら介護スタッフの意欲を削がないためにも、決定者はケア付住宅側にしたいとの思いも、介護側にはある。

患者・利用者の移動については、患者の疾患を治すことを第一とする医療と、高齢者の生活を重視しようとする介護とでは、当然意見の食い違いが生じよう。医療側が排他的で医療以外の意見を聞かない傾向のグループではこのようなことは問題に

---

<sup>6</sup> ケア付住宅では9人の利用者に対しヘルパーを日中3人、夜間1人を常駐させ、食事、身だしなみ、排泄、散歩など通常必要とされるサービスを包括的に提供する。

ならないが、介護側が高齢者ケアに対する理念を持ち、生活重視、利用者重視の考えを実践したいと主張するほど、医療側と介護側で意見が衝突しやすいと考えられる。だがそれはあくまでも関係者が真剣により良いケアを目指すために生じる必要な衝突と認識し、絶対的正解が存在しない中をそれぞれの所属を超えた議論を進める中で、皆で模索し、その融合を目指している。

たとえば従来から、ターミナルケアをケア付住宅で行うべきか、病院で行うべきかが議論されてきた。だが議論を重ねる中で、患者・利用者の意向を最優先すべきとの結論に達し、ケア付住宅でのターミナルケアを望む利用者には、実践している。ちなみに平成17年度にケア付住宅（定員総計107名）でターミナルケアを受けた利用者は4名、老健（定員総計152名）で6名であった。

#### 4) 組織間の調整

恵仁会では、いざ患者・利用者が入退院・所する、あるいは在宅などで多様なサービスを必要とするなどの時に適切に対処できるよう、グループ内だけではなくグループ外の組織と常日頃から連絡を取るよう心がけている。

そのためにも、表2-9に示すような地域の医療や介護に関する様々な会議には、院長や地域連携室スタッフはじめ関係者が常に顔を出すように努めている。これらの会議への出席の積み重ねで、共通認識が醸成され、共有すべきケアレベルの均質化に向けて努力している。また、これら会議は顔の見える連携に役立つだけでなく、たとえば東信地区看護連絡協議会では、東信地区全病院における入退院調整担当者および連絡先の一覧を作成し、誰に連絡を取れば良いのか判りやすくすることで、地域連携の円滑化に役立っている。

表2-9 恵仁会が出席する地域の医療や介護に関する会議例

医療と介護の連携関係	医師・ケアマネ・行政・保険者の懇談会
医療関係	県地域医療連絡協議会 東信地区看護連絡協議会 医療マネジメント学会長野地方会 女性医師の会 薬剤師会 看護協会佐久支部活動
介護関係	佐久圏域介護保険事業者連絡協議会 佐久市居宅介護支援事業所連絡協議会 佐久市介護保険施設等研修会ならびに連絡会 長野県老人保健施設協議会 県宅老所・グループホーム連絡会 佐久地区老人保健施設親睦会 全国老人デイケア連絡協議会 宅老所・グループホーム全国ネットワーク 全国認知症グループホーム協会

資料：ヒアリングやくろさわ病院資料をもとに明治安田生活福祉研究所作成

以上は他者が主催する会議への受動的な参加だが、恵仁会でも地域のサービス提供者を集めた会議を自ら開催している。たとえば先のサービス担当者会議（月 1 回定例で法人外のサービス提供者も参加）や、地域包括支援連絡会が挙げられる。後者は平成 18 年 4 月より恵仁会が地域包括支援センターに指定されたことより始まったもので、当該地域包括支援センターが主催し、中込地区の介護保険事業者が一堂に会して事例検討を行うほか、行政などからの情報伝達の間としても活用している。

医療分野については、地域医師会やその飲み会に院長が極力参加し、地域の開業医と良好な関係を結ぶように努力している。その結果、現在 3 名の地域の開業医がくろさわ病院の外来診療をそれぞれ週 1 日ずつ手伝ってくれている。医師不足の中、この協力は大きい。またくろさわ病院の入院患者の半分は地域開業医からの紹介である。

地域のリーダー病院である佐久総合病院からの紹介入院患者は、年間 5 名前後で推移している。佐久総合病院としてはもう少し入院患者を引き受けてほしいとしているが、くろさわ病院としては一般病床が 43 床しかないことなどから、なかなかベッドが空かないという。ただ佐久総合病院側からみると、くろさわ病院が引き受けてくれる患者は困難事例が多いなど、選り好みをせずに重度の患者を受けてくれる点や、介護分野が充実し、退院後もケアを依頼できる点などから、地域連携の上で大いに頼りにしている相手と位置づけている。

また、佐久総合病院では研修医の研修先に恵仁会の宅幼老所やケア付住宅を活用している。佐久総合病院の地域ケア科医長によると、従来の医療や福祉は管理するケアだが、慢性期が中心の高齢者ケアにおいては患者や利用者の意思や生活スタイルを尊重したケアが重要である。その点、ケア付住宅では施設の都合に合わせるのではなく、大規模施設では実現できない高齢者各自のリズムに合わせた生活スタイル、寄り添うケアを実践しており、介護スタッフの情熱が素晴らしく、若い研修医に参考にさせたいと考え恵仁会に研修医の研修を依頼したという。

介護・福祉分野については、恵仁会の介護部長が長野県の介護保険計画策定の座長、地域ケア構想策定委員会の委員を務めているなどから、地域事業者、行政と常に連絡を取り合う関係にある。また地域の NPO がケア付住宅や宅幼老所を開設したいという話があれば、当部長が無償で現地まで赴いて開業前のアドバイスをしたり、日頃利用している業者を紹介するなど支援に努めている。営利的な考えからすれば、ライバル社へアドバイスするなど考えられないことだが、当部長は地域で必要なサービスは自分たちだけでは支えきれないという認識を持っており、そのため困難事例があれば恵仁会だけで悩むのではなく、地域全体で支えるという、地域ケアの原点に立った考えに基づいているためと思われる。



### 5) 役職員間の文化・理念の共有、教育

恵仁会グループの職員数は400名を超える。そのため全職員が一堂に集まる機会は限られるが、恵仁会グループでは毎朝8時半よりテレビ会議による朝礼を実施している。そこでは事務報告と、職員によるスピーチが行われ（全職員が対象で毎朝1人ずつ）、施設が違って会うことのない職員の顔や話を聞く機会を設けている。理事長、院長のスピーチは毎週月曜日に実施される。

毎年、年度始には全職員を対象とした研修会を開催し、常務理事が法人理念・方針、当該年度の目標等を伝える。その他各施設においても適宜、院長や施設長参加の研修会を開催し、毎日には会えない職員へ、管理者の理念や方針を伝えるよう努力している。

また職員同士の相互理解を深めるために、職員同士が顔を合わせる機会を設け、上記各種研修会、懇親会、法人忘年会、各地区夏祭り、互助会行事（スポーツ大会、潮干狩りなどの日帰り旅行）等を開催している。

医療法人内職員に対しては、教育委員会主催の年6回の全体教育があり、そのうち1回は常務理事の方針演説だが、その他は主に法人外の講師を招いて講演を開催している。毎回職員の1/3程度が出席している。

この他に、看護師については、病院・老健・在宅看護における看護師の人事交流を行っている。経営トップの認識として、介護系の看護師ほど自分で判断することが求められるため、高い能力が必要になると考えており、スキルの高い看護師を老健へ派遣し、老健の看護レベルの底上げを図っているとのことである。これとは逆に、老健の看護師が2週間程度、くろさわ病院で研修する機会を設け、相互組織の刺激誘発を狙っている。また、これ以外にもくろさわ病院や老健からケア付住宅へ異動するというケースもある。

このように役職員間の文化・理念共有、教育に様々な取組みを行っているが、やはり医療と介護間では以下の問題が内在する。

先の人事交流で見えてくるのは、医療と介護、または施設と在宅におけるケアの認識の違いだという。

医療側からすると、介護側は重度なのに医療的バックアップをしっかりと確保せずに受け入れてしまうことがあり、問題がある。例えば過去に、近隣の病院で退院を迫られ患者と家族が困っていたから、状態が落ち着かなくても（肺炎が治りきっていないなどの状態で）老健で受けたが、結局肺炎が悪化し病院に入院してしまったケース、家族の希望があるから重度でもケア付住宅で受け、具合が悪くなったと急に病院に連絡が入り入院したケースなどがある。医療側としては介護施設に入所または入居する場合に、医療的な立場から入所・入居の可能性について判断、アドヴァイスし、必要に応じて他病院、他施設まで足を運んで状態を確認してから入所・入居を判定するようにしている。実際に病院へ転院し、ワンクッションおいてから老

健やケア付住宅に入所・入居する利用者もおり、そういうステップを踏むことで、利用者・家族が安心して恵仁会グループのサービスを利用できるようにしたいと考えている。

一方介護側は、重度の利用者を自宅、あるいは自宅に代わる住まいで看たがっているのではなく、あくまで「利用者本位」でサービスを提供したいのであって、病気や怪我を軽視しているのではないという。本人・家族の希望を尊重し、生活を支える視点からの専門性を重視しながら、主治医とケアマネジャー等との協働で、訪問看護師、ホームヘルパーが 365 日 24 時間体制で看ようとしている。また、認知症ケアでは、従来型の薬の投与、行動制限等で済ませるケアよりも、高齢者に寄り添うケアが重要と考えている。

そもそも高齢者ケアのあり方は識者によっても大きな差があり、特にターミナルケアや認知症ケアのあり方は議論の余地が大きい。

このため恵仁会では既述の法人内連携会議を月 2 回のペースで開催し、医療側・介護側双方が認識している課題を話しあい、高齢者ケアに対する理念のすり合わせ、ケアのノウハウ伝授を図っている。結論が出ることはないかもしれないが、議論を重ねながら高齢者にとってより良いケアを目指し、努力を続けているところである。そもそもこのような医療と介護の考え方の差が表面化することは、医療・介護双方がオープンに議論できる風土があることの証であるといえよう。

## 6) 医療・介護の連携による効果

これまで見てきたように、恵仁会は医療だけでなく介護事業を展開してきたことは経営的に大きなプラスとなって現れている。

第一にくろさわ病院の患者獲得に役立った。入院患者のうち、自宅からの患者を除外すると、グループ内からの患者が半分を占めていた。外来患者も半分は開業医からの紹介であり、他の医療機関からみて恵仁会グループならば退院後も受け皿が揃っているため安心感があるとのことである。また、主治医を変更させるようなこともしないので、患者を紹介してもまた帰ってくる、たとえケア付住宅などに入居しても、通院してくるという実績がある。

第二に、介護事業についてもバックに病院があるという安心感が、利用者獲得に役立った。例えば 2004 年にケア付住宅利用者の家族にアンケートをしたところ、ケア付住宅を選んだ大きな理由の一つは病院が隣接していることであった。

なお、くろさわ病院院長が認識している、恵仁会における医療・介護の連携による効果は以下の通りである。まず患者・利用者とその家族への効果としては、①介護サービス利用者が必要時円滑に医療が受けられる安心感がある、②病院退院後の行き先に困らない点を挙げていた。

恵仁会への効果としては、①患者・利用者の入退院・入退所の調整がスムーズに行

える（各施設間での患者・利用者の移動に融通が利く）、②各施設の利用率上昇、③法人内各施設利用者の状況が医学的にも把握でき、適切な施設を紹介できる、④施設（ケア付住宅含む）でのターミナルケアが行いやすい、⑤介護分野によって収益面へのプラス効果が大きい点を指摘していた。

ここで収益面の効果について、介護事業が恵仁会グループにどの程度寄与しているのかを見てみよう。表2-10は恵仁会グループにおける医療と介護事業間の売上構成比率の推移である<sup>7</sup>。これによると、介護事業の売上比率は平成10年度には48%であったものが年々上昇し、平成17年度には57%と6割近くに達し、医療事業を上回る状況となっている。

一方利益構成では、平成17年度実績値で医療事業23%、介護事業73%と、介護事業が圧倒的ウェイトを占めるに至っている。このように介護事業が恵仁会グループ全体の収益に大きく寄与していることが判る。

表2-10 売上構成比率の推移

(%)

	H11/3月期	H12/3月期	H13/3月期	H14/3月期	H15/3月期	H16/3月期	H17/3月期	H18/3月期
(A)医療事業(A/C)	52	52	49	52	45	44	43	43
(B)介護事業(B/C)	48	48	51	48	55	56	57	57
(C)恵仁会収益合計	100	100	100	100	100	100	100	100

資料：恵仁会資料より作成

<sup>7</sup> 医療事業は病院、診療所3ヶ所分、介護事業は老健2ヶ所、ケア付住宅15ヶ所、訪問看護3ヶ所、訪問介護4ヶ所等で、社会福祉法人（特養）分は含んでいない。

参考資料 恵仁会グループにおけるインプット対応状況①

インプット		指標		恵仁会グループでの実施の有無	備考
		データソース	内容		
連携に関する経営トップの認識 (経営理念・戦略)	役割(機能分担)に対する認識	医療機関、介護事業者	連携体制における当該機関の役割(機能分担)に対する認識の有無	○	日常的医療とケアの提供
	連携の必要性に対する認識	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築についての必要性に対する認識の有無 患者・利用者の円滑な医療・介護サービス利用を図る取り組みの有無	○ ○	連携会議の実施
	連携の音頭とりをする人の存在	医療機関、介護事業者	医療と介護における連携体制構築の提案者・中心人物の有無	○	病院長
	新機軸サービスの実施	医療機関、介護事業者	新機軸サービスの実施の有無	○	ケア付住宅、宅幼老所、小規模特養等
患者・利用者情報の管理・共有	施設間における患者・利用者情報の共有体制	医療機関、介護事業者	施設間における患者・利用者情報の共有体制の有無 ADL 要介護度 家庭環境及び居住環境 注意事項等	○	ケアカンファレンス、法人内連携会議、サービス担当者会議、入退院・入退所調整会議、地区別連携会議等
	医療・介護関係者によるケアプランの共有化	医療機関、介護事業者	医療・介護関係者間でのケアプラン共有の有無 共有している職種	○	医師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護職員等
	ケアカンファレンス開催	医療機関、介護事業者	医療・介護関係者や患者・利用者及びその家族が出席するケアカンファレンス開催の有無 出席者(職種)	○	実施しているが、医師は必要と判断した場合のみ出席
	医師とケアマネジャー等の情報交換	医療機関、介護事業者	医師とケアマネジャー等の情報交換の有無 交換方法(ルール)	○	県作成の「医療と介護との連携連絡表」「介護サービス情報提供依頼書」
	患者・利用者情報の一元管理	医療機関、介護事業者	患者・利用者情報の一元管理の有無	○	地域連携室で一元管理
	タイムリーな情報共有	医療機関、介護事業者	情報提供を依頼してから、当該情報を得られるまでの時間 情報提供を依頼されてから、当該情報を送るまでの時間	即座～48時間以内	個人情報保護上問題の無い相手・情報内容の場合に限る
	個人情報保護の確立	医療機関、介護事業者	個人情報保護体制の有無	○	

参考資料 恵仁会グループにおけるインプット対応状況②

インプット	指標		恵仁会グループでの実施の有無	備考
	データソース	内容		
患者・利用者の流れの管理	患者・利用者の流れの管理体制	医療機関、介護事業者	患者・利用者の流れの管理体制の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置	医療機関、介護事業者	入退院・入退所調整の(専任)担当者の配置の有無	○ 地域連携室の設置
	介護事業者等に関する情報提供	医療機関、介護事業者	退院・退所前に介護事業者等に関する情報提供の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
			ケアマネジャーに関する情報提供の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
			移動先施設の手配又は情報提供の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
			介護用品の手配又は購入先のアドバイスの有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
	住宅改造手配の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応	住宅改造手配の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
			住宅改造手配の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
	医療機関等に関する情報提供	医療機関、介護事業者	退院・退所前に医療機関等に関する情報提供の有無	○ 地域連携室スタッフがマニュアルに即して対応
			・かかりつけ医(開業医)の紹介の有無 すでにかかりつけ医(開業医)がいる場合には、患者・利用者の情報をかかりつけ医(開業医)に連絡の有無 健康状態 病歴 必要な医療・介護サービス 患者利用者及びその家族に関する情報 注意事項	○ 地域連携室スタッフより、主治医や退院先に対し、診療情報提供書、看護サマリーを提出
	ケアプランの提示	患者・利用者、家族、医療機関、介護事業者	退院前にケアプラン提示の有無 時期(退院のどれくらい前か)	○ 1週間前～
	移動についての患者・利用者、家族への事前説明	患者・利用者、家族、医療機関、介護事業者	移動について(退院日・退所日・移動日等)の患者・利用者・家族への事前説明の有無	○ 退院日については医師、それ以外については地域連携室より説明
	引受け先施設への説明	医療機関、介護事業者	引受け先施設への説明の有無	○ 患者・家族の同意を得た上で地域連携室が提供
退院・退所前在宅訪問の実施	医療機関、介護事業者	退院・退所前在宅訪問の実施の有無 参加者(職種)	○ 患者本人、地域連携室スタッフ、OT・PTが退院前訪問を実施	
今後の予定(治療方針等)に関する連絡	患者・利用者、家族、医療機関、介護事業者	今後の予定(治療方針等)に関する連絡の有無	○ 医療面は担当医が、医療以外については地域連携室スタッフが実施	
家族介護へのアドバイス	患者・利用者、家族、医療機関、介護事業者	家族介護へのアドバイスの有無	○ 退院前は地域連携室スタッフが、退院後の在宅ではホームヘルパーや訪問看護師が実施	
医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置	医療機関、介護事業者	医療・介護サービスに関する相談窓口(地域連携推進室等)の設置の有無	○ 地域連携室の設置	
組織間の調整	他組織との勉強会等への出席	医療機関、介護事業者	他組織との勉強会等への出席の有無 出席者(職種)	○ 医師、看護師、OT・PT、各種介護スタッフ等が他組織の勉強会に出席
	提携関係を結ぶ医療・介護施設の存在	医療機関、介護事業者	提携関係を結ぶ医療・介護施設の存在の有無	○ 開業医がくろさわ病院の外来をクリニック休診日に担当する等、良好な連携関係構築
	連携のルール設定	医療機関、介護事業者	連携のルール設定の有無	○ マニュアルを作成
	介護事業者からの紹介等	医療機関、介護事業者	介護事業者からの紹介等の有無	○ 平成18年9月の新入院患者49人中、15人は介護施設からの紹介
役職員間の文化・理念の共有、教育	所属・部門を越えた勉強会の開催	医療機関、介護事業者	所属・部門を越えた勉強会の開催の有無 出席者(職種)	○ 医師、看護師、PT・OT、各種介護スタッフ、地域連携室スタッフらによる法人内連携会議、サービス担当者会議
	広報誌等の活用による理念の浸透	医療機関、介護事業者	広報誌等の活用による理念の浸透の有無	○ 院内誌の充実
	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)	医療機関、介護事業者	連携を意識した人材育成体制(ローテーション等)の有無	○ 病院から老健、ケア付住宅へ看護師のローテーション
	所属・部門を越えた役職員交流の有無	医療機関、介護事業者	夏祭り等のイベント開催の有無 出席者(職種)	○ 全職員(全職種)参加によるイベントの開催

## 参考文献

(発行年順)

- (1) Zarit, Steven H 「Aging and Mental Disorders: Psychological Approaches to Assessment and Treatment.」、Alpha Books、1983 年
- (2) 二木立「リハビリテーション医療の社会経済学」、勁草書房、1988 年
- (3) 中谷陽明, 東條光雅「家族介護者の受ける負担：負担感の測定と要因分析」『老年社会学』、29 ; 27-36、1989 年
- (4) 井藤英喜「医療と介護の接点」『日本老年医学会雑誌』、34(12) ; 977-980、1997 年
- (5) 二木立「保健・医療・福祉複合体」、医学書院、1998 年
- (6) 永田千鶴「在宅ケアにおける看護・介護の協働」『介護福祉学』、5(1) ; 22-31、1998 年
- (7) 高澤みどり, 吉森和宏「在宅寝たきり者に対する訪問歯科保健医療サービスの効果について」、『日本公衆衛生雑誌』、45(9) ; 915-920、1998 年
- (8) 永田千鶴「在宅ケアにおける看護・介護の協働」『介護福祉学』、5(1) ; 22-31、1998 年
- (9) 松坂誠應, 浜村明德, 東登志夫, 小泉幸毅, 今中悦子, 藤田雅章「在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携」『リハビリテーション医学』、35(12) ; 918-925、1998 年
- (10) 医療経済研究機構「医療・介護施設の複合化に関する調査報告書」、1999 年
- (11) 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効的運用と政策選択の評価基準に関する研究」、1999 年、2000 年、2001 年
- (12) David W. Young, Sheila M. McCarthy 「Managing Integrated Delivery Systems: A Framework for Action」、Health Administration Pr、1999 年
- (13) 二木立「介護保険と医療保険改革」、勁草書房、2000 年
- (14) 医療経済研究機構「医療・介護サービスの提供体制に関する研究報告書」、2000 年
- (15) 辻彼南雄「高齢者の在宅医療」『日本老年医学会雑誌』、37(7) ; 501-506、2000 年
- (16) 二木立「21 世紀初頭の医療と介護」、勁草書房、2001 年
- (17) 日本総合研究所「保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究」、2001 年
- (18) 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「政策評価に向けての評価尺度開発の試み」、2001 年

- (19) 厚生労働省「平成 12 年度医療施設経営安定化推進事業介護・福祉事業実態調査報告書」、2001 年
- (20) 内田陽子, 島内節「在宅ケアの利用者アウトカムと費用対効果の良否に影響する利用者条件」『日本看護管理学会誌』、5(1) ; 5-14、2001 年
- (21) 島田千穂, 岩下清子「在宅ケアサービスネットワークの基盤：介護保険制度前における訪問看護ステーションの連携の状況」『日本公衆衛生雑誌』、48(4) ; 304-313、2001 年
- (22) 松原由美「病院における介護・福祉分野との連携」『病院』、Vo1.60 No10 2001 年
- (23) 新名理恵・本間昭「町田市における介護保険制度施行前後での在宅介護者のストレス反応の変化」『老年精神医学雑誌』、2002 年 vol.13-5
- (24) 医療経済研究機構「地域ケアにおける公立病院等の事業状況実態調査報告書」、2003 年
- (25) 日本総合研究所研究事業本部「医療と介護の連携に関する海外調査研究」、2003 年
- (26) 厚生労働省「平成 14 年医療施設経営安定化推進事業在宅医療、介護分野を重視した中小病院経営に関する研究報告書」、2003 年
- (27) 柴田(田上)明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 沼本教子, 原祥子, 中根薫「高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識」『老年看護学』、7(2) ; 116-126、2003 年
- (28) 須加美明「訪問介護の質を測る利用者満足度尺度案の開発：ヘルパーと利用者の援助関係を基本要素として」『老年社会科学』、25(3) ; 325-338、2003 年
- (29) 藤田冬子「介護負担感をもつ主介護者の『介護に対する見方』に関する研究『老年看護学』、8(1) ; 61-69、2003 年
- (30) 二木立「医療改革と病院」、勁草書房、2004 年
- (31) 松原由美「これからの中小病院経営」、医療文化社、2004 年
- (32) 医療経済研究機構「都市部における医療と在宅介護との連携に関する研究報告書」、2004 年
- (33) ハリー・P・ハトリ「政策評価入門 結果重視の業績測定」、東洋経済新報社、2004 年
- (34) 川島典子「自治体における介護予防サービスの体系化に関する考案：全国実態調査と事例研究を通して」『日本の地域福祉』、17 ; 48-58、2004 年
- (35) 谷垣静子, 宮林郁子, 宮脇美保子, 仁科祐子「介護者の自己効力感および介護負担感にかかわる関連要因の検討」『厚生指標』、51(4) ; 8-13、2004 年
- (36) 東野定律, 桐野匡史, 種子田綾, 矢嶋裕樹, 筒井孝子, 中嶋和夫「要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定」『厚生指標』、51(4) ; 18-23、2004 年

- (37) 小川晃子「福祉・保健・医療間での情報ネットワークの形成：『ゆいとり』の事例から」『高齢者のケアと行動科学』、9(2)；69-75、2004年
- (38) ピーター・H・ロッシ、マーク・W・リップセイ、ハワード・E・フリーマン、「プログラム評価の理論と方法」、日本評論社、2005年
- (39) 近藤克則「介護保険は介護者の負担を軽減したか 介護者の主観的幸福感・抑うつ・介護負担感へのインパクト」『社会保険旬報』、2005年 No. 2135
- (40) 広瀬美千代，岡田進一，白澤政和「家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造・肯定・否定の両側面に焦点をあてて」『日本在宅ケア学会誌』、9(1)；52-60、2005年
- (41) 医療経済研究機構「医療・介護の機能分担と連携強化における複合型施設の役割に関する調査」、2006年
- (42) Zarit, Steven H. 「Mental Disorders in Older Adults, Second Edition Fundamentals of Assessment and Treatment. 2nd ed.」、Guilford Publications Inc、2006年



医療・介護の連携に関する研究事業  
報告書

平成 19 年 3 月

発行: 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11  
第 11 東洋海事ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 06301